FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1967

THÈSE

N°

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

PAR

Luc LANGRAND
né le 24 janvier 1935 à Paris
Prosecteur à la Faculté
Interne des Hôpitaux de Paris

PRÉSENTÉE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT LE 15 Novembre 1967

LES ECHECS DE L'OPERATION DE HELLER DANS LE TRAITEMENT DU MEGAOESOPHAGE ESSENTIEL

A propos de quarante-sept malades réopérés :
Mécanisme des échecs
et Indications thérapeutiques

Président : Monsieur Jean-Louis LORTAT-JACOB, Professeur

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1967

THÈSE

N°

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

PAR

Luc LANGRAND
né le 24 janvier 1935 à Paris
Prosecteur à la Faculté
Interne des Hôpitaux de Paris

PRÉSENTÉE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT LE 15 Novembre 1967

LES ECHECS DE L'OPERATION DE HELLER DANS LE TRAITEMENT DU MEGAOESOPHAGE ESSENTIEL

A propos de quarante-sept malades réopérés :
Mécanisme des échecs
et Indications thérapeutiques

Président : Monsieur Jean-Louis LORTAT-JACOB, Professeur

UNIV.
LEIDEN
BIBL.

15/1/1967

PROFESSEURS HONORAIRES :

MM. Alajouanine (T.), Bénard (H.), Bernard (E.), Binet (L.), Bulliard (H.), Cathala (J.), Chabrol (E.), Chailley-Bert (P.), Cheymol (J.), Debré (R.), Fey (B.), Galliard (H.), Gaudart d'Allaines (F. de), Gennes (L. de), Giroud (A.), Hazard (R.), Heuyer (G.), Laroche (G.), Lavier (G.), Lelong (M.), Lévy (Mlle J.), Lévy-Solal (E.), Lian (C.), Marchal (G.), Mathieu (P.), Monod (R.), Moreau (R.), Moulonguet (P.), Pasteur Vallery-Radot, Petit-Dutaillis (D.), Piédelièvre (R.), Quénu (J.), Renard (G.), Senèque (J.), Strohl (A.), Tanon (L.), Verne (J.).

DOYEN . . . . . Georges BROUET.

1er ASSESSEUR . . . . . Daniel BARGETON

2e ASSESSEUR . . . . . Jean GOSSET

I. — PROFESSEURS

1° CHAIRES DE SCIENCES FONDAMENTALES

a) Professeurs titulaires :

	MM.
Anatomie	DELMAS (A.)
—	HUARD (P.)
Anatomie et cytologie pathologiques	DELARUE (J.)
Anesthésiologie	VOURC'H (G.)
Bactériologie et virologie	TOURNIER (P.)
Biochimie médicale	JAYLE (M.-F.)
—	POLONOVSKI (J.)
—	DESGREZ (P.)
Biologie appliquée à l'Education physique et aux Sports	MALMEJAC (J.)
Biologie médicale	FAUVERT (R.)
Biophysique médicale	BUGNARD (L.)
—	DOGNON (A.)
—	DJOURNO (A.)
Cancérologie expérimentale	MATHÉ (G.)
Chimie pathologique	SCHAPIRA (G.)
Génétique fondamentale	LEJEUNE (J.)
Histoire de la médecine et de la chirurgie	COURY (Ch.)
Histologie et Embryologie	TUCHMANN-DUPLESSIS (H.)
— —	COUJARD (R.)
Hygiène et médecine préventive	BOYER (J.)
Médecine du Travail	DESOILLE (H.)
Médecine légale, Droit médical et déontologie	DEROBERT (L.)
Microbiologie (Bactériologie et virologie)	FASQUELLE (R.)
Parasitologie	N...
Pathologie chirurgicale	LAURENCE (G.)
—	KUSS (R.)
—	VERNE (J.-M.)
Pathologie exotique	BRUMPT (L.-C.)
Pathologie expérimentale et comparée	MERKLEN (F.-P.)
Pathologie médicale	LAROCHE (Cl.)
—	BRICAIRE (H.)
—	PÉQUIGNOT (H.)
Pathologie respiratoire	TURIAF (J.)
Pathologie et thérapeutique générales	MAURICE (P.)
Pharmacologie	BOISSIER (J.-R.)
—	LECHAT (P.)
Physiologie	BARGETON (D.)
—	PARROT (J.)
Physiologie et pathologie obstétricales	LEPAGE (F.)
Radiologie médicale	DESGREZ (H.)

	MM.
Technique chirurgicale et Chirurgie expérimentale	N...
Thérapeutique	LAMOTTE (M.)
Thérapeutique appliquée	N...

b) Professeurs à titre personnel :

Anatomie	CABROL (Ch.)
Anatomie anthropologique	OLIVIER (G.)
Anatomie pathologique	NEZELOF (Ch.)
Bactériologie	BARBIER (P.)
Biochimie médicale	DREYFUS (J.-Cl.)
Biologie médicale	BOURLIÈRE (F.)
Parasitologie	LARIVIÈRE (M.)
Pathologie expérimentale	LOEPER (J.)
Physiologie	DEJOURS (P.)
	SCHERRER (J.)
Physique médicale	KELLERSHOHN (L.)
	GOUGEROT (L.)
	ROUCAYROL (J.-Cl.)
	TUBIANA (M.)
Radiologie médicale	FISCHGOLD (H.)

2° CHAIRES DE SCIENCES CLINIQUES

a) Professeurs titulaires :

		MM.
Clinique carcinologique		DENOIX P.
Clinique carcinologique chirurgicale (Necker)		REDON (H.)
Clinique cardiologique (Broussais)		SOULIÉ (P.)
— — (Boucicaut)		LENÈGRE (J.)
Cliniques chirurgicales	Beaujon	LORTAT-JACOB (J.-L.)
	—	BAUMANN (J.)
	Cochin	LEGER (L.)
	Hôtel-Dieu	PATEL (J.)
	Saint-Antoine	GOSSET (J.)
	Salpêtrière	SICARD (A.)
	Tenon	OLIVIER (Cl.)
Clinique chirurgicale orthopédique et traumatologique (Cochin)		MERLE d'AUBIGNÉ (R.)
— — — (Foch)		PADOVANI (P.)
— — — (Beaujon)		CAUCHOIX (J.)
Clinique de chirurgie infantile et orthopédique (Enfants-Malades)		FÈVRE (M.)
Clinique de chirurgie cardio-vasculaire (Broussais)		DUBOST (Ch.)
Clinique de chirurgie thoracique (Laennec)		MATHEY (J.)
Clinique dermatologique (Saint-Louis)		DUPERRAT (F.)
Clinique endocrinologique (Pitié)		DECOURT (J.)
Clinique de Génétique médicale (Enfants-Malades)		LAMY (M.)
Clinique chirurgicale et gynécologique (Broca)		HUGUIER (J.)
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques (Saint-Louis)		DEGOS (R.)
Clinique des maladies des enfants (Enfants-Malades)		TURPIN (R.)
Clinique des maladies infectieuses (Claude-Bernard)		MOLLARET (P.)
Clinique des maladies mentales et de l'encéphale (Sainte-Anne)		DELAY (J.)
Clinique des maladies du sang (Broussais)		BERNARD (J.)
Clinique des maladies du système nerveux (Salpêtrière)		CASTAIGNE (P.)
Cliniques médicales	Bicêtre	DEPARIS (M.)
	Broussais	MILLIEZ (P.)
	Cochin	N...
	Hôtel-Dieu	BARIÉTY (M.)
	Pitié	DREYFUS (G.)
	Saint-Antoine	CONTE (M.)
	Saint-Antoine	KOURILSKY (R.)
	Saint-Antoine	BOUDIN (G.)

	MM.
Clinique d'hydrologie et de climatologie (Bichat)	DEBRAY (Ch.)
Clinique médicale infantile et pédiatrie sociale (Enfants-Malades)	MARIE (J.)
Clinique médicale propédeutique (Broussais)	JUSTIN-BESANÇON (L.)
Clinique médico-sociale du diabète sucré et des maladies métaboliques (Hôtel-Dieu)	DEROT (M.)
Clinique néphrologique (Necker)	HAMBURGER (J.)
Clinique de neuro-chirurgie (Pitié)	DAVID (M.)
Clinique neurologique (Salpêtrière)	GARCIN (R.)
Cliniques obstétricales — Baudelocque	LACOMME (M.)
Cliniques obstétricales — Saint-Antoine	MERGER (R.)
Clinique obstétricale et gynécologique (Port-Royal)	VARANGOT (J.)
Clinique ophtalmologique (Hôtel-Dieu)	OFFRET (G.)
— — (Cochin)	BREGEAT (P.)
Clinique oto-rhino-laryngologique (Lariboisière)	AUBRY (M.)
Clinique de pédiatrie (Trousseau)	MOZZICONACCI (P.)
Clinique de pédiatrie et de puériculture (Saint-Vincent-de-Paul)	THIEFFRY (S.)
Clinique de pneumo-phtisiologie (Laennec)	BROUET (G.)
Clinique de neuro-psychiatrie infantile (Salpêtrière)	MICHAUX (L.)
Clinique de rhumatologie médicale et sociale (Cochin)	COSTE (F.)
Clinique de rhumatologie (Lariboisière)	SÈZE (S. de)
Clinique stomatologique (Salpêtrière)	DECHAUME (M.)
Clinique thérapeutique chirurgicale (Vaugirard)	ROUX (M.)
Clinique thérapeutique médicale (Saint-Antoine)	LEMAIRE (A.)
Clinique toxicologique (F. Widal)	GAULTIER (M.)
Clinique traumatologique et orthopédique (R.-Poincaré)	JUDET (R.)
Clinique urologique (Cochin)	ABOULKER (P.)
— — (Necker)	COUVELAIRE (R.)
Hygiène et clinique de la première enfance (Trousseau)	LAPLANE (R.)
Séméiologie médicale (A. Chantin)	DOMART (A.)
— — (Lariboisière)	BOUVRAIN (Y.)
— — (Pitié)	RAMBERT (P.)
— — (Rothschild)	WOLFROMM (R.)
Séméiologie et clinique chirurgicales (Broussais)	POILLEUX (F.)

b) Professeurs à titre personnel :

Hématologie	ANDRÉ (R.)
	BOUSSER (J.)
Hydrologie et climatologie	GIBERTON (A.)
Maladies infectieuses	BASTIN (R.)
Médecine	AZERAD (E.)
	BOUR (H.)
	CAROLI (J.)
	DREYFUS (B.)
	GROSSIORD (A.)
	LAMBLING (A.)
	LAUNAY (Cl.)
	PAYET (M.)
	PERRAULT (M.)
	SIGUIER (F
	WORMS (R.)
Néphrologie	RICHET (G.)
Neuro-chirurgie	LE BEAU (J.)
Neurologie	LHERMITTE F.
Neuro-psychiatrie	PICHOT (P.)
Oto-Rhino-Laryngologie	MADURO (R.)
Pédiatrie	POLONOVSKI (Cl.)
	ROYER (P.)
Pneumo-Phtisiologie	KREIS (B.)
	MEYER (A.)
Rhumatologie	DELBARRE (F.)

II. — PROFESSEURS SANS CHAIRE

	MM
Anatomie pathologique	GOUYBOU (Ch.)
Bactériologie	CHRISTOL (D.)
Biochimie médicale	CARTIER (P.) GONNARD (P.) NORDMANN (J.)
Biologie médicale	HARTMANN (L.)
Chirurgie	CERBONNET (G.)
Hématologie	BILSKI-PASQUIER (B.)

	MM.
Maladies infectieuses	DUPONT (V.)
Neuro-psychiatrie	TARDIEU (G.)
Pédiatrie	ROSSIER (A.)
Physique médicale	COURSAGET (J.) GREMY (F.)
Physiologie	GIRARD (Fr.)
Stomatologie	CHAPUT (Mme A.)

III. — PROFESSEURS DÉTACHÉS DANS LES UNIVERSITÉS ÉTRANGÈRES

Bactériologie	HAUDUROY (P.) Pr. s. ch.
Pathologie chirurgicale	RUDLER (J.) Pr. s. ch.

IV. — PROFESSEURS ASSOCIÉS

Hormonologie	MORICARD (R.)
Statistique médicale et épidémiologique	SCHWARTZ (D.)

Secrétaire général de la Faculté	M. LENA (J.)
Conseiller administratif	Mlle CHAINTREUIL (G.)
Conservateur en Chef de la Bibliothèque Conservateur du Musée d'Histoire de la Médecine	M. le Docteur HAHN (A.)
Conservateurs	Mlles DUMAITRE (P.), LAURENT (H.), LE NOIR (G.)
Bibliothécaires	Mmes CONTET (J.), FORGET (F.), Mlles DUROZOY (M.-F.), ROBERGE (D.), Dr SCHILLER (J.)

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A ma femme

A mes enfants

A mes parents

A mes amis

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41549003_0008

A mon Maître,

le Professeur J. L. LORTAT-JACOB,
Chirurgien des Hôpitaux de Paris,
Membre de l'Académie de Chirurgie,

qui m'a fait le grand honneur
de me confier ce travail.

En témoignage de mon profond attachement.

A mes Maîtres d'Internat :

Le Docteur L. RENE

Le Professeur Ch. DUBOST

Le Docteur SAUVAGE

Le Professeur J. L. LORTAT-JACOB

Le Professeur J. CAUCHOIX

Le Professeur L. LEGER

Le Docteur G. EDELMANN

Le Professeur KUSS

en témoignage de reconnaissance
pour leur enseignement.

Au Docteur François FEKETE,

Chirurgien des Hôpitaux,

Professeur agrégé à la Faculté,

qui m'a apporté son aide précieuse.

Au Docteur François BESANCON,

Médecin des Hôpitaux,

Professeur agrégé à la Faculté,

qui a pratiqué les études électro-manométriques,

en témoignage de ma sincère reconnaissance.

A Messieurs les Docteurs :

C. SUREAU,
Gynécologue des Hôpitaux,
Professeur agrégé à la Faculté.

G. LORD,
Chirurgien des Hôpitaux,
Professeur agrégé à la Faculté.

R. ROY-CAMILLE,
Chirurgien des Hôpitaux,
Professeur agrégé à la Faculté.

P. BLONDEAU,
Chirurgien des Hôpitaux,
Professeur agrégé à la Faculté.

H. LE BRIGAND,
Chirurgien des Hôpitaux.

J.P. BINET,
Chirugien des Hôpitaux,
Professeur agrégé à la Faculté.

Cl. RICHARD,
Chirurgien des Hôpitaux.

J. N. MAILLARD,
Chirurgien des Hôpitaux,
Professeur agrégé à la Faculté.

J.C. PATEL,
Chirurgien des Hôpitaux,
Professeur agrégé à la Faculté.

P. BOUTELIER,
Chirurgien des Hôpitaux,
Professeur agrégé à la Faculté.

A mes Maîtres d'Externat :

Le Professeur R. MONOD,

Le Professeur E. BERNARD,

Le Professeur R. FAUVERT,

Le Professeur S. de SEZE,

Le Docteur SUZOR.

A mes Maîtres de stages :

Le Professeur FEVRE,

Le Docteur LAFITTE,

Le Professeur RUDLER,

Le Docteur ALBEAUX-FERNET.

MISE EN PAGE DES OBSERVATIONS

N°	NOM	PAGE	N°	NOM	PAGE
1	DEC.	6	25	PLI.	41
2	PIE.	6	26	VER.	41
3	MIL.	7	27	FCD.	41
4	PHI.	7	28	MUL.	45
5	FUS.	8	29	DED.	46
6	BRU.	8	30	GAU.	47
7	FCI.	9	31	GIR.	47
8	FAB.	9	32	LER.	48
9	PRO.	10	33	PEL.	48
10	ALC.	10	34	LEC.	49
11	GIR.	13	35	SCH.	50
12	MCN.	14	36	RUE.	54
13	LAM.	14	37	CAB.	58
14	GER.	15	38	MEC.	60
15	MAR.	15	39	BAS.	60
16	ARG.	16	40	FCU.	61
17	TRO.	16	41	NIC.	62
18	ZAD.	17	42	MAR.	68
19	MAS.	34	43	DEL.	68
20	BRU.	35	44	DUF.	69
21	BOT.	37	45	PLC.	71
22	SAB.	39	46	CHA.	76
23	DEC.	40	47	HAL.	77
24	DEC.	40			

P L A N

I - GENERALITES SUR LES ECHECS : FREQUENCE.

Justification d'une étude limitée aux cas réopérés.

II - REPARTITION DES CAS -

selon que ces échecs entrent dans notre statistique, ou qu'il s'agisse de malades de deuxième main.

III - LA CAUSE DES ECHECS -

. Etude des dossiers selon la cause de l'échec.

. Indications thérapeutiques envisagées en fonction de cette cause.

1 - Les insuffisances de la myotomie, quant à son siège, son étendue, sa profondeur.

Quelle est la valeur de la myotomie itérative ?

L'importance de la sclérose péri-oesophagienne
et de la sclérose de la paroi oesophagienne

dans ses indications.

2 - Les complications dues au reflux gastro-oesophagien : les oesophagites -

. l'importance des mécanismes anti-reflux ;

. pylorospasme et oesophagite ;

. on en rapproche un cas de sténose médio-gastrique post-opératoire.

3 - Les échecs des myotomies pratiquées pour dolicho-méga-oesophage avec siphon -

4 - Les associations morbides -

Echecs dus à la persistance et à l'évolution d'une maladie associée méconnue :

- cancer,
- hernie hiatale.

5 - Les échecs dont la cause reste imprécise -

Y-a-t-il des mégaoesophages "atypiques" ?

Peut-on avoir recours à la manométrie pour en faire le diagnostic et poser l'indication opératoire quant au siège et à l'étendue de la myotomie ?

IV - LE TRAITEMENT DES ECHECS -

Analyse des différents modes thérapeutiques :

- leurs indications respectives,
- les résultats.

1 - Dilatations.

2 - Myotomies.

3 - Résections.

4 - Autres traitements.

V - CONCLUSIONS -

I - GENERALITES

En une vingtaine d'années environ, trois-cent-quarante-cinq mégaoesophages ont été opérés dans le service du Professeur LORTAT-JACOB, et en clientèle privée.

Nous avons dû réopérer dix-sept malades : cela représente moins de 5 %.

Ce chiffre ne représente pas la totalité des échecs, car certains malades (nous en connaissons deux) n'ont pas été réopérés, quelques-uns sont morts (deux décès en rapport avec l'intervention, neuf sans rapport), un certain nombre de malades n'ont pas été revus surtout.

1°) - Nous limitons notre étude aux échecs de la myotomie.

Il est en effet inutile de mettre en valeur cette intervention par rapport à d'autres types d'intervention : c'est une notion admise actuellement par tous.

Toutefois, la valeur de la myotomie pourrait être contestée dans les dolicho-mégaoesophages, mais nous aurons l'occasion de la discuter.

2°) - Nous nous limitons en outre aux malades réopérés.

- Car nous voulons des preuves anatomiques avant d'affirmer la cause d'un échec, preuves fournies par les réinterventions.

- Car, et surtout, la détermination de la cause n'ayant qu'une valeur d'orientation, c'est le problème des réinterventions, de leurs types et leurs indications, qui est le souci majeur de l'échec de la myotomie.

II - REPARTITION DES MALADES

	Opérés par nous en première main	Malades de deuxième main
Myotomies insuffisantes		18
Divers (étudiés dans le même chapitre)	2	2 (une perforation)
Oesophagites	6 (dont 5 opérés avant 1955)	7
Divers (étudiés dans le même chapitre)		1
Dolicho-mégaoesophages	5	1
Associations méconnues Cancer Hernie hiatale	2 (2 étudiés aussi avec oesophagites)	1
Mégaoesophages "atypiques"	2	
T O T A L :	17	30

III - LES CAUSES DES ECHECS

1°) - Les échecs dus à des myotomies insuffisantes -

Nous commençons ce chapitre par l'étude de dix-huit dossiers de malades qui nous ont été adressés pour échec d'une ou plusieurs myotomies, parfois suivies d'un autre geste opératoire.

Nous en dégagerons :

- l'attitude que nous avons adoptée dans ces cas au point de vue tactique opératoire : voie d'abord, myotomie itérative, ...
- les constatations opératoires concernant la première myotomie : insuffisance de la myotomie en étendue, en profondeur.
- les constatations opératoires annexes : la sclérose péri-oesophagienne.
- les constatations histologiques : la sclérose oesophagienne.
- les résultats de la réintervention, et l'incidence de ces derniers facteurs sur le succès de la réintervention.

Nous terminerons ce chapitre par deux échecs personnels, dont l'étude est très liée au problème de la sclérose oesophagienne.

Observation 1 -

Me DEC., née en 1895,

- Heller en 1953, après avoir été dilatée pendant un an et demi,
- pas d'amélioration,
- est adressée dans le service en 1954, avec une image de méga-oesophage important, mais assez rectiligne - pas de poche à air.

On refait un Heller le 16 octobre 1954 (59 ans), voie abdominale, myectomie remontant haut sur le segment dilaté.

Les suites sont excellentes, avec réapparition immédiate de la poche à air, des contractions oesophagiennes.

Résultat excellent.

Observation 2 -

Me PIE., née en 1891,

mégaoesophage traité par infiltration des splanchniques, puis résection des splanchniques en 1944, et enfin un Heller la même année.

Amélioration de quelques mois.

En 1954, la malade entre dans le service pour dysphagie de caractère très spasmodique et un peu de reflux gastro-oesophagien. Radiologiquement, une dilatation oesophagienne modérée, des images en pile d'assiettes et une petite image diverticulaire du cardia.

Adhérences considérables de l'estomac, du foie et une induration sous-phrénique. On refait un Heller de 10 cm, difficile en raison de la sclérose. Fermeture de l'hiatus et de l'angle de His.

La dysphagie disparaît, mais persiste un certain degré d'oesophagite, avec aigreurs et brûlures.

Résultat moyen en raison de cette oesophagite persistante.

Observation 3 -

Mr MIL., né en 1918,

Heller en 1942, ayant apporté une amélioration relative durant deux ans. Le malade se plaint ensuite de brûlures et de regurgitations. Il est adressé au service en 1954.

Réintervention par voie abdominale, au cours de laquelle on rencontre d'énormes adhérences. On pratique un Heller itératif avec myectomie.

La biopsie musculaire permet de détecter une myosite importante du sphincter.

Malheureusement, le résultat de ce Heller itératif est grevé d'une récidive, et le malade subit en 1959 une troisième intervention, résection du mégaoesophage avec anastomose de type continent.

Le résultat est très bon. En 1962, le malade avait repris 5 à 6 kg.

En résumé : échec de la myotomie itérative pratiquée sur un oesophage scléreux, après libération d'énormes adhérences.

Très bon résultat d'anastomose continente pratiquée à la suite de cet échec.

Observation 4 -

Me PHI., née en 1916,

mégaoesophage ayant été opéré en 1949 (premier Heller) avec un résultat peu satisfaisant, repris en 1953 (deuxième Heller) avec un résultat plus satisfaisant d'une durée de deux ans, mais interrompu par une dysphagie totale au bout de ce temps.

Adressé alors au service. Radiologiquement, aspect sténosé et irrégulier du bas oesophage. Dilatation moyenne. Petite poche à air.

Troisième intervention le 16 février 1955. Médiane itérative, Heller itératif. Adhérences inter-hépato-oesophagiennes considérables. Myotomie de 8 cm, au cours de laquelle on note que les précédentes interventions n'avaient pas intéressé toute la musculeuse. Fermeture de l'hiatus et de l'angle de His

Le résultat ultérieur a été très satisfaisant.

Les deux premières Heller dans cette observation pèchent par insuffisance de la myotomie en épaisseur.

Observation 5 -

Mr FUS., né en 1925,

Heller par voie abdominale en 1950, n'a pratiquement pas été amélioré.

Depuis 1952, présente un reflux important et des signes d'oesophagite hémorragique.

Adressé en 1955 au service, il a subi le 22 mars 1955 un Heller itératif, avec myectomie en bande et fermeture de l'hiatus. Au cours de cette intervention, il était noté de nombreuses et solides adhérences du foie à l'estomac et de l'oesophage à un anneau scléreux péritonéal sous-phrénique.

Le résultat est parfait sur le plan de la déglutition. Il n'existe plus aucun reflux, le malade a repris 19 kg en six mois. Le calibre de l'oesophage a légèrement diminué.

En résumé, myotomie itérative malgré le développement d'une oesophagite hémorragique.

L'échec complet et précoce de la première myotomie pechait en faveur d'une insuffisance de la myotomie et autorisait de pratiquer une nouvelle myotomie avec reposition du cardia avant d'envisager une résection. Cette attitude a été couronnée de succès dans ce cas.

Il faut noter aussi la présence d'un anneau scléreux sous-phrénique qui fixe le diaphragme, constatée lors de la myotomie itérative sans intervenir dans la qualité du résultat de cette dernière intervention.

Observation 6 -

Mr BRU., né en 1917,

mégaoesophage traité par Heller par voie abdominale en 1954, n'a pas été amélioré.

Il est alors adressé au service. Les clichés pré-opératoires montrent une dilatation moyenne avec stase remontant à trois travers de doigt sous la clavicule. Par contre, on note l'existence d'une poche à air gastrique. L'oesophagoscope ne peut franchir le cardia.

Heller itératif le 16 mars 1955 (38 ans). Après libération difficile du lobe gauche du foie, on note que la myotomie a été minime. Longue myectomie.

Les clichés post-opératoires notent une diminution rapide du calibre oesophagien et de bons passages cardiaux. Le malade a été très amélioré.

En résumé : insuffisance de la myotomie en hauteur,
et en épaisseur.

Observation 7 -

Mr FOI., né en 1913,

Heller en 1945, qui apporte très peu d'amélioration. La dysphagie devient transitoire au lieu d'être permanente.

Hospitalisé dans le service en 57, où l'on note un très mégaoesophage en chaussette, un défilé cardial très long et l'absence de poche à air.

Heller itératif par voie abdominale en janvier 1957. On note que l'intervention précédente a porté sur la cravate de Suisse. Myectomie sur 12 cm.

Les suites sont excellentes, le malade reprend 16 kg.

En résumé : insuffisance de la myotomie en hauteur,
et en épaisseur.

Observation 8 -

Mr FAB., né en 1932,

mégooesophage ayant subi une opération de Heller en 1957. Amélioration de très courte durée (un mois). La radio post-opératoire ne monbre aucun changement, bien qu'une poche à air soit notée.

Heller itératif dans le service en décembre 1958 (voie abdominale), au cours duquel on remarque que la myotomie précédente n'avait

pas libéré totalement la muqueuse. Le résultat ultérieur fut excellent.

En résumé : insuffisance de la myotomie en épaisseur.

Observation 9 -

Mr PRC., né en 1921,

Heller en 1945, sans amélioration.

Adressé en 1960 au service. Très volumineux mégaoesophage, mais muqueuse normale en oesophagoscopie.

Réintervention le 26 octobre 1960. Nombreuses adhérences. On fait une myectomie de 12 cm, remontant le thorax largement. Histologiquement, aucun remaniement inflammatoire.

Résultat satisfaisant dans l'immédiat. Mais, en 1963, on apprend que le malade aurait présenté une fistule du tiers moyen de l'oesophage dans le médiastin, au niveau d'une image de calibre irrégulier. Il semble s'agir d'un cancer.

Observation 10 -

Mr ALC., né en 1932,

Heller depuis une dizaine d'années chez un psychopathe. Résultat nul.

Heller itératif dans le service le 3 novembre 1960. Nombreuses adhérences inter-hépatogastriques. Le Heller précédent semble très étendu vers l'estomac. On retrouve la zone de muqueuse précédemment libérée. Longue myectomie de 10 cm, remontant sur le méga intrathoracique. On croit à une perforation muqueuse et on fait un point en X. Réfection de l'angle.

Histologiquement : outre les signes habituels du méga, on ne note pas d'infiltration inflammatoire.

Excellent résultat pendant cinq ans. Mais une récidive dysphagique contraint à une troisième intervention en juin 1966.

Récidive de mégaoesophage. Opération de Thal.
Médiane itérative, dissection laborieuse, on parvient à isoler le bas oesophage en ayant ouvert la muqueuse sur sa face antérieure qui collait au

pilier droit. Libération de la grosse tubérosité, prolongement de l'ouverture oesophagienne qui montre une sténose relativement souple. Son incision permet de passer un doigt facilement dans l'estomac.

Suture de la grosse tubérosité aux lèvres de l'incision oesophagienne sur 4 cm de haut. Elle remonte ainsi dans le médiastin et est suturée au pourtour de l'orifice hiatal que l'on a élargi. Pyloroplastie sur les deux faces.

Une récidive dysphagique précoce oblige à réintervenir une quatrième fois une quinzaine de jours plus tard, le 25 juin 1966.

Laparotomie exploratrice, gastrotomie. Libération de l'estomac. On l'ouvre sur sa face antérieure et on introduit le doigt dans le cardia qui est étroit, mais se laisse assez facilement dilater. On poursuit la dilatation à l'aide de bougies de Hegar , et on obtient au moins 3 cm de diamètre. Ainsi, le cardia est béant. On ne peut dire si la muqueuse a déjà recouvert la séreuse gastrique du Thal.

Les suites ne sont pas excellentes, et le malade doit être dilaté régulièrement, bien que les passages radiologiques soient normaux.

Voici donc un échec de la myotomie itérative, dont l'explication n'est pas évidente.

Quels sont les éléments défavorables qu'il faut envisager ?

. les adhérences importantes rencontrées lors de la myotomie itérative et lors du Thal.

. hypothèse d'une plaie muqueuse.

. les troubles psychopathiques du sujet.

1°) - Le problème de la sclérose -

Les adhérences rencontrées lors de la myotomie itérative étaient importantes certes, mais la paroi oesophagienne elle-même était indemne d'éléments inflammatoires.

Lors de la troisième intervention, celle du Thal, d'autres adhérences importantes s'étaient reproduites et la muqueuse collait au pilier droit, mais l'opérateur note qu'une fois le doigt introduit dans la sténose, celle-ci semblait assez souple.

Il semble donc que, si l'élément sclérose est à retenir comme cause d'échec, il s'agisse plutôt de la sclérose péri-oesophagienne que d'une sclérose de la paroi elle-même.

Cette distinction est d'importance, car un geste aurait pu prévenir ce nouvel échec, en apposant la grosse tubérosité gastrique sur la hernie muqueuse à la manière de Dor lors de la myotomie itérative.

2°) - L'hypothèse d'une plaie muqueuse favorisant le développement de la sclérose péri-oesophagienne ne semble guère à retenir, car elle ne fut pas évidente et, de toute manière, aveuglée par un point en X.

3°) - Par contre, les troubles psychopathiques du malade jettent quelque discrédit sur la responsabilité de la sclérose dans cet échec, car, malgré une troisième intervention (le Thal), une quatrième intervention (où l'on a dilaté le Thal bien qu'il n'y ait pas de sténose marquée) et des dilatations successives, le sujet ne semble guère amélioré. On commence à douter de l'organicité d'une dysphagie lorsque l'on sait que la lumière oesophagienne a au moins 3 cm de diamètre et que, radiologiquement, les passages sont normaux.

Observation 11 -

Mr GIR., né en 1912,

Heller abdominal en 1946, qui n'a apporté aucune amélioration.

Est adressé au service en 1962. Il présente un énorme mégaoesophage en chaussette.

Heller itératif en juillet 1962. Les adhérences intimes entre le foie et l'estomac attestent du siège gastrique de la myotomie précédente. Longue myectomie en bande.

Histologiquement, les faisceaux musculaires sont entourés de sclérose.

Le malade est amélioré immédiatement, et cette amélioration dure deux ans.

Malheureusement, la dysphagie réapparaît et conduit à une troisième intervention, le 24 octobre 1964. Résection d'un volumineux mégaoesophage adhérent au médiastin, de la taille d'un rectum. La libération de la région hiatale est extrêmement laborieuse, car elle est transformée en un bloc scléreux qui est certainement la cause du résultat incomplet ou temporaire de la dernière opération de Heller. Anastomose oesogastrique de type continent.

L'examen de la pièce histologique a montré que le passage cardio-oesophagien n'est pas nettement visible et le segment prélevé est rétracté, sclérosé, induré. On trouve aussi une ulcération oesophagienne

Le malade n'est plus dysphagique et a été très amélioré.

Cette observation est intéressante à un double point de vue :

- le premier Heller était insuffisant. Le siège de la myotomie était mal choisi et, à ce titre, cette observation fait partie de malfaçons.

- mais le Heller itératif qui l'a amélioré complètement pendant deux ans semble avoir eu un résultat gâché par l'évolution d'une

sclérose oesophagienne particulièrement dense et qui paraît évolutive si l'on en juge par les constatations faites lors du deuxième Heller.

C'est une observation que l'on reverra à propos de la justification du Heller itératif.

Observation 12 -

Mr MCN.,

Mégaoesophage traité par dilatations de 1959 à 1962, puis a subi un Heller par voie abdominale en janvier 1962, puis un Heller par voie thoracique en mai 1962.

Entre dans le service pour persistance de la dysphagie. Troisième intervention en mai 1963 : Heller itératif par voie abdominale, où l'on trouve des adhérences très denses. Nouvelle myotomie poussée très loin vers le thorax, au cours de laquelle on blesse la muqueuse. Une fistule post-opératoire a été objectivée par l'épreuve au bleu, et le malade a été repris vingt jours plus tard pour suspicion d'abcès sous-phrénique, infirmé à la réintervention.

L'évolution a été favorable. Le calibre oesophagien a diminué sur des clichés pratiqués un mois plus tard.

Malheureusement, ce malade n'a pas été revu.

Observation 13 -

Me LAM., 21 ans.

Mégaoesophage traité par dilatation, puis opéré (Heller) en 1960. A été améliorée pendant quelques mois. Il faut noter de gros troubles psychiques avec tentative de suiçide durant cette période.

Elle est adressée au service en août 1963, pour reprise de la dysphagie. La dilatation oesophagienne est modérée. Heller itératif : le précédent semblait incomplet, vers le haut et vers le cardia. On note une plaie muqueuse qu'on répare.

La malade a un bon résultat sur le plan mécanique, mais ses troubles psychiques n'ont pas suivi l'évolution de leur support organique.

En résumé, Heller incomplet en hauteur, vers le haut et vers le bas.

Observation 14 -

Me GER., 1932,

Heller en 1956 pour mégaoesophage se manifestant par de la dysphagie depuis deux ans. Amélioration pendant trois mois.

En juin 1964, tentative de réintervention par voie thoracique, mais des adhérences auraient rendu l'intervention impraticable.

Reprise alors dans le service le 9 septembre 1964. Heller itératif :voie abdominale. Adhérences serrées entre estomac et foie. On abaisse facilement 10 cm d'oesophage. On trouve un peu de tissu scléreux à la jonction oesophage - petite courbure. On pratique une myotomie allant jusqu'à 2 à 3 cm au-dessus du diaphragme. La musculeuse épaisse dans sa partie supérieure s'amincit et devient scléreuse à la terminaison de l'oesophage.

Le résultat est excellent.

En résumé, Heller insuffisamment poussé en hauteur,

et un peu en épaisseur.

Observation 15 -

Me MAR., né en 1913,

Chez une grande psychopathe porteuse de mégaoesophage, intervention de Heller par voie abdominale en 1964, qui n'apporte aucune amélioration.

Heller itératif dans le service en février 1966. Après libération d'adhérences serrées entre foie et estomac, on ne note qu'une petite cicatrice au niveau du cardia. Myectomie de 10 cm.

Histologiquement, on note une fibrose intersticielle relativement importante.

Ultérieurement, le calibre oesophagien va revenir pratiquement à la normale et on note une réapparition de la poche à air. Subjectivement, cependant, cette malade ressent toujours des "spasmes de la gorge", mais leur interprétation en fonction des troubles psychiques de la malade n'est pas en faveur d'une récidive.

La présence de la fibrose intersticielle est un facteur qui peut être défavorable dans l'évolution ultérieure de ce mégaoesophage. Le recul est insuffisant pour juger de la qualité du résultat de ce Heller itératif.

Observation 16 -

Me ARG., née en 1921 : myotomie insuffisante en hauteur reprise par voie thoracique.

Dysphagie et regurgitations depuis 1948. Heller en août 1961 sur un oesophage de calibre presque normal, pas de réfection des piliers. Echec complet immédiat.

Hospitalisée dans le service en octobre 1966. Un radio-cinéma montre un aspect dyskinétique et une ébauche de spasmes étagés, mais aussi une hernie muqueuse. Aspect diverticulaire de la région sous-aortique. Une oesophagoscopie est normale.

Réintervention dans le service le 27 octobre 1966. Voie thoracique (car, étant donné la présence d'une hernie muqueuse, on est tenté de penser que la myotomie a été insuffisante vers le haut). L'oesophage disséqué jusqu'à la crosse est d'aspect parfaitement normal. Aucune adhérence dans la région hiatale, quelques adhérences du lobe gauche du foie.

On constate que la myotomie ne mesure pas plus de 3 cm de haut. La myotomie est reprise du cardia jusqu'à la crosse aortique.

Excellent résultat.

En résumé, myotomie insuffisamment étendue en hauteur.

Observation 17 -

Me TRO., née en 1914.

Heller en 1950, qui l'a améliorée pendant douze ans. Mais, en 1962 : régurgitations salivaires, surtout dans les moments d'anxiété ou d'angoisse.

Vue dans le service en 1965. Radiologiquement, il s'agit d'un dolicho-mégaoesophage. L'aspect de la sténose peut faire discuter un

ulcère. Une oesophagoscopie montre une stase.

Réintervention le 22 décembre 1965 : médiane itérative. Nombreuses adhérences inter-hépatograstriques. L'oesophage est très augmenté de volume. La zone de myotomie antérieure ne semble pas très étendue : on la complète vers le haut et on la descend vers le bas sur l'estomac.

En libérant la hernie muqueuse due au Heller précédent et les éléments cicatriciels qu'il entraîne, on fait une brèche dans la muqueuse qui est aveuglée par quelques points de soie vasculaire.

Puis on fait une longue myotomie postérieure à la Heller, remontant haut sur l'oesophage et descendant de 3 cm sur l'estomac. Puis on manchonne l'oesophage abaissé avec la grosse tubérosité en suturant les deux bords de cette nouvelle myotomie au manchon gastrique fixé par ailleurs au diaphragme en haut.

On termine par une pyloroplastie.

Excellent résultat.

Dans cette observation, on remarque :

1°) - le bon résultat obtenu la première fois pendant douze ans, qui va de pair sans doute avec la hernie muqueuse retrouvée après dissection de la région oeso-cardiale.

2°) - le dolicho-mégaoesophage.

Ces deux raisons ont incité sans doute l'opérateur à faire une myotomie supplémentaire. Celle-ci a nécessité une dissection tellement poussée de la région qu'il a trouvé plus prudent de pratiquer une pyloromyotomie au cas où les X auraient été lésés.

Observation 18 -

Mme ZAD., née en 1917,

Mégaoesophage connu depuis 1933 ; Heller en 1935, qui a entraîné une amélioration nette. La malade a pris 30 kg, mais elle a

cependant gardé toujours un certain degré de dysphagie et prenait ses repas en une heure. Depuis 1955, elle a dû subir des séances de dilatation. Cette malade a été radiographiée en 1963 et présentait un dolichomégaoesophage.

Elle a été réopérée en 1964, le 3 juin. Médiane itérative. Libération d'adhérences unissant la face inférieure du foie, le duodénum, le colon transverse et la face antérieure de l'estomac. On arrive à libérer toutes ces adhérences jusqu'à la région du cardia. Avant d'attaquer celle-ci, on libère le lobe gauche du foie après section du ligament triangulaire gauche, puis, en rétrograde, on arrive à retrouver parfaitement derrière le bord inférieur de l'hiatus l'oesophage. On suit alors ce dernier en descendant pour rejoindre la zone d'adhérences intimes entre la face antérieure de l'oesophage, dans la région du précédent Heller,et la face inférieure du lobe gauche. On avance prudemment et on croit bientôt avoir passé sans aucun dégât. Toutefois, la muqueuse oesophagienne forme un véritable diverticule et elle est blessée par un coup de ciseaux.

La libération est alors complète. On suture l'oesophage par un plan muqueux bord à bord transversal, puis, ayant achevé la libération de l'oesophage thoracique inférieur et des piliers du diaphragme, on complète le Heller vers le haut par une myectomie de 5 à 6 cm environ, et également vers le bas en incisant la séromusculaire gastrique sur 5 cm également à partir de la limite inférieure du précédent Heller. Réfection de l'orifice hiatal et on recouvre l'oesophage par la grosse tubérosité à la manière de Dor.

L'histologie répond hyperplasie de la musculeuse interne sans nodule myomateux. Pas d'autres anomalies.

Le résultat est excellent.

Un radio-cinéma montre un très léger accrochage sur la partie basse de l'oesophage en amont du Heller (sur la pente faible du dolichooesophage), mais l'admission gastrique se fait normalement.

Pour le commentaire de ces observations,
se référer au tableau situé à la fin de ce travail.

Que peut-on retenir de l'étude de ces échecs par insuffisance de la myotomie ?

1°) - Que connaissons-nous de la première myotomie ?

a) - La voie d'abord :

médiane sus-ombilicale, sauf dans un cas (une nouvelle myotomie sera pratiquée par voie thoracique).

b) - Le nombre de ces myotomies :

unique, sauf dans deux cas :

. l'un, avec reprise par voie thoracique,

. l'autre, par médiane itérative.

c) - La date de ces myotomies :

parfois très ancienne (le premier cas en 1935).

Cela peut expliquer des échecs, car des myotomies étaient pratiquées alors surtout sur le versant gastrique du cardia (comme le préconisait LERICHE).

d) - Le résultat de ces myotomies :

L'échec est survenu très précocement en général :

. nul d'emblée dans neuf cas,

. quelques mois dans trois cas,

. n'excède pas deux ans, sauf pour les deux dernières observations.

Cela confirme tout à fait les conclusions du rapport de LCYGUE et DELCYER : l'échec se déclare tôt.

e) - Les signes radiologiques d'échec : on notait le plus souvent un défilé de cardiospasme non opéré.

. Dans trois cas, on notait une poche à air ;

. mais, par contre, dans un seul cas, on note une hernie muqueuse.

2°) - Le dossier pré-opératoire avant réintervention.

a) - Le délai qui s'est écoulé entre la première myotomie et la réintervention est très variable, allant de un an à vingt-neuf ans !

Cependant, sept malades ont supporté leurs troubles plus de dix ans.

b) - La dysphagie était toujours présente, associée dans deux cas à des signes de reflux gastro-oesophagien.

c) - La taille radiologique du mégaoesophage :
- mégaoesophage important dans six cas (++),
- mégaoesophage volumineux dans huit cas (+++),
- dolicho-mégaoesophage en chaussette dans quatre cas, avec un siphon dans un cas.

d) - L'aspect de la sténose est habituel la plupart du temps, aussi bien en radio-cinéma que sur les clichés simples.

On relève cependant :
- un aspect de petite miche sur le bord gauche de l'oesophage (observation2, PIE.), sans qu'il s'agisse d'un ulcère et hyperkinésie oesophagienne. Dans ce cas, existait une sclérose importante autour du foie, de l'estomac et de l'oesophage.

- un aspect irrégulier du bas oesophage (observation 4, PHI. ,) : l'opérateur a noté lors de l'intervention des adhérences inter-hépato-gastro-oesophagiennes considérables, mais les deux myotomies précédentes ne semblaient pas avoir intéressé toute la musculeuse.

- un aspect plus allongé qu'à l'accoutumée du défilé cardial (observation 6, BRU. ,). Opératoirement, le lobe gauche du foie adhère intimement à la région du cardia.

- un aspect dyskinétique avec hernie muqueuse (observation 16, ARG. ,). Opératoirement, quelques adhérences du lobe gauche du foie.

3°) - La réintervention -

a) - La voie d'abord.

Médiane itérative pour tous les malades, sauf un qui fut opéré par thoracotomie.

Cette thoracotomie fut pratiquée, car la présence radiologique pré-opératoire d'une hernie muqueuse nous faisait penser que la myotomie avait été suffisamment poussée par voie abdominale et qu'il valait mieux la prolonger dans le thorax.

En fait, même dans ce cas, la myotomie avait été minime par voie abdominale et la médiane itérative aurait suffi.

b) Les difficultés opératoires : la sclérose péri-oesophagienne.

C'est le reproche majeur fait à la voie abdominale. L'abord et la libération de l'oesophage ont été souvent gênés par la sclérose en

effet, mais ont toujours été possibles dans les dix-huit réinterventions que nous venons d'étudier.

Deux observations font l'objet de réserves sur ce point (MAS, observation 19 et BRUN., observation 20) : nous y reviendrons.

Quatre plaies muqueuses sont à relever. Elles ne semblent pas avoir eu de conséquences ultérieures.

Notons aussi que, lors d'une réintervention (ALC., observation 10) après échec de la myotomie itérative, la blessure de la muqueuse fut utilisée et agrandie volontairement pour pratiquer un Thal.

La sclérose périoesophagienne a été rencontrée dans la plupart des observations. On peut dire qu'elle était considérable dans cinq cas. L'opérateur notait qu'il fallait "sculpter littéralement l'oesophage", que "les adhérences étaient d'une consistance cartilagineuse", etc.

Elle était encore très importante dans dix cas. Les adhérences, d'ailleurs parfois considérables dans ces cas, ont été jugées moins sévères, car leur siège était surtout inter-hépatogastrique, ce qui donnait une moins grande difficulté autour de l'oesophage même.

Cette sclérose périoesophagienne avait peut-être une traduction radiologique dans trois cas. C'est peu et, pour cette raison, nous ne saurions nous baser sur des arguments radiologiques pour modifier notre tactique opératoire (voie d'abord thoracique d'emblée pour certains).

Enfin, et nous reverrons ce problème, en ce qui concerne les résultats des réinterventions, cette sclérose ne nous a pas semblé dans la plupart des observations responsable de l'échec de la première myotomie :

- l'échec était en général très précoce, avant qu'une sclérose ait pu se développer ;

- des arguments opératoires, nous allons les revoir, nous ont montré que la myotomie était insuffisante ;

- les résultats de la myotomie itérative n'ont pas eu de rapport avec la présence ou l'absence de la sclérose.

c) - Nous ne saurions en dire autant de la sclérose des tuniques oesophagiennes.

- Dans la plupart des cas, une biopsie (myectomie en bande) fut pratiquée lors de la myotomie itérative, et nous relevons trois résultats histologiques montrant de la sclérose des tuniques oesophagiennes :

. observation 3 (MIL. ,) : "une myosite de sphincter".

. observation 11 (GIR. ,) : "les faisceaux musculaires sont cernés par la sclérose, mais les fibres sont normales."

. observation 15 (MAR. ,) : "les faisceaux musculaires sont séparés par une fibrose intersticielle relativement importante."

- L'incidence de cette sclérose sur les résultats ne semble pas négligeable : deux échecs et un résultat moyen de la myotomie itérative. Nous allons y revenir.

- Enfin, cette sclérose est à distinguer :

. d'une part, de la sclérose des oesophagites (nous en avons de nombreux exemples) où, à côté des lésions importantes de la muqueuse, la sclérose siège avant tout dans la sous-muqueuse et lorsqu'elle entoure aussi les faisceaux musculaires (voir au chapitre : Oesophage, observation 33, PEL.), la sclérose est hyaline et en continuité avec la sclérose dense de la sous-muqueuse (observation 27, FCD.).

. d'autre part, de la sclérose cicatricielle, développée dans l'aire de la myotomie.

Nous avons deux exemples de pièce de résection (observation 23, DEC., voir plus loin), où l'effondrement de la paroi musculaire correspondant à la précédente myotomie est comblé par un tissu scléreux anarchique, mais ce tissu scléreux est limité à cette zone, sans se développer autour des faisceaux musculaires du reste de la circonférence oesophagienne ; et observation 34, LEC., où l'on observe une brèche comblée par du tissu cicatriciel qui provient de la lame conjonctive péri-oesophagienne).

Nous reviendrons plus loin, à propos des moyens de diagnostiquer cette sclérose oesophagienne, sur ces précisions histologiques qui nous laissent sceptiques quant à la valeur de l'appréciation manuelle ou instrumentale peropératoire de la sclérose de la paroi oesophagienne.

d) - L'insuffisance de la myotomie -

Nous avons été guidés dans l'appréciation de l'insuffisance de la myotomie précédente :

- par le siège des adhérences :

dans quatre cas, les adhérences étaient uniquement inter-hépatogastriques, laissant l'oesophage relativement libre.

- par l'étendue de la muqueuse libérée précédemment et que l'on pouvait retrouver après dissection.

- par les cicatrices plus ou moins fibreuses de l'oesophage.

- parfois, par des fils de ligature vasculaire (cercle du cardia).

- la profondeur de la myotomie précédente était plus difficile à retrouver. Cependant,en pratiquant une nouvelle myotomie, à côté de brides plus ou moins scléreuses, on pouvait retrouver des fibres musculaires intactes en avant de la muqueuse : couche circulaire parfois intacte.

- se basant uniquement sur les données les plus précises du compte-rendu opératoire, on peut affirmer que la myotomie :

. était insuffisamment poussée vers le haut dans treize cas. C'est un point important à souligner et sur lequel nous insistons particulièrement : il faut libérer suffisamment l'oesophage thoracique afin de pouvoir pratiquer une myotomie de 10 vrais centimètres.

Bien qu'un certain nombre de compte-rendu de la première myotomie précise que l'oesophage-thoracique a été libéré et que la myotomie a été pratiquée sur 10 cm, il semble que ce ne fut pas le cas. Cela

est d'ailleurs arrivé dans notre statistique (observation 27, FCD.). Peut-être leurs auteurs ont-ils été abusés par la laxité de l'oesophage, rendant trop optimistes dans l'appréciation de la myotomie pratiquée sur l'oesophage tracté par un lac ?

Il est permis de penser aussi que certains se contentent d'atteindre la portion dilatée de l'oesophage sans chercher à étendre la myotomie sur cette portion.

. insuffisamment poussée vers l'estomac : ce n'est que dans quatre cas que nous l'avons reconnu. Par contre, bien souvent, la myotomie avait intéressé presqu'exclusivement l'estomac. Ce geste ne nous paraît pas anodin, car on diminue la continence cardiale (intérêt de la cravate de Suisse).

. insuffisamment profonde, dans huit cas.

C'est également un point essentiel de la myotomie. Plusieurs fois fut notée la persistance de quelques fibres musculaires qui, même en nombre restreint, suffisent à empêcher une bonne expansion de la muqueuse.

Sur le même sujet, deux myotomies avaient été pratiquées et la seule persistance de quelques trousseaux musculaires avait suffi à rendre ces myotomies inefficaces.

Il faut reconnaître que la difficulté est plus grande dans la région du cardia parce que les plans sont moins dissociables, la région plus hémorragique, rendant plus difficiles à voir quelques trousseaux musculaires.

Le risque de plaie muqueuse ne doit pas être brandi comme un spectre, car il est aisé de recouvrir après suture, en pareil cas, la muqueuse oeso-

phagienne par la grosse tubérosité, ce qui assure une bonne garantie contre la fistule (observation 17, TRC. et observation 18, ZAD.).

En résumé, bien que tout cela ait été dit et redit, il apparaît que la myotomie, intervention simple dans sa conception, est plus délicate dans sa réalisation et demande pour être couronnée de succès beaucoup d'attention, de rigueur et de minutie.

e) - La myotomie itérative et ses résultats.

Nous avons adopté, pour chacun de ces cas et pour la raison que nous venons d'exposer quant à la fréquence des insuffisances de la première myotomie, le principe de la myotomie itérative.

Elle a pu être réalisée en général sur 8 à 10 cm malgré les difficultés opératoires. La plupart du temps, a été réalisée une myectomie en bande.

Le siège de la myotomie a été choisi en fonction de la myotomie précédente.

Le souci majeur des opérateurs a été celui de la bonne exposition. Par une dissection patiente et soigneuse de la région cardio-oesophagienne, le but principal a été de restituer au maximum une anatomie claire de la région et de mettre en évidence les reliquats de la myotomie précédente. Guidés par ceux-ci, la myotomie fut pratiquée dans leur "sillage".

Cette attitude a eu le double avantage :

- d'une part, de préciser au maximum l'étendue de la myotomie précédente, de corriger ses insuffisances et, par là même d'espérer le résultat escompté avec une myotomie de première main.

- d'autre part, d'éviter au maximum les accidents opératoires : désinsertion accidentelle de l'oesophage, section des pneumo-gastriques, traumatismes importants de l'orifice hiatal.

Nous pensons là aux techniques plus complexes : myotomie sur la face postérieure de l'oesophage (nous y avons eu recours cependant une fois : observation 17, TRO., et, dans ce cas, fut associée une pyloroplastie). Cela exige des tractions importantes sur l'oesophage, un élargissement de l'orifice hiatal qui traumatise les éléments de la région, avec risque important de section de X.

Nous pouvons d'ailleurs remarquer que nous n'avons pas observé de pylorospasme dans cette série opératoire (à l'inverse, deux malades qui avaient subi des myotomies itératives dans des conditions moins rigoureuses : observation 33, PEL., et observation 34, LEC., ont présenté un pylorospasme).

Quels sont les résultats de ces myotomies itératives ? Sont-elles toujours justifiées ? Quels éléments pourraient modeler notre attitude ? Y a-t-il des raisons d'être plus réservés ?

a) - les excellents résultats (+++) : 9

et les bons résultats : 1

- les excellents résultats sont jugés essentiellement sur les critères cliniques :

. disparition de la dysphagie,

. rapidité des repas égale à celle des autres convives,

. absence de regurgitations et de brûlures,

et les bons résultats sur une grande amélioration, mais parfois encore quelques légers accrochages.

- Quant aux critères radiologiques :

. la réapparition d'une poche à air est fréquente, mais ne semble pas exigible comme critère de guérison ;

. les bons passages oesogastriques sans effet Hurot et sans reflux ont été exigés ;

. le calibre de l'oesophage a diminué souvent de volume, mais cette diminution ne nous paraît pas non plus exigible comme critère de guérison.

Ainsi, nous trouvons dix excellents et bons résultats, avec un recul d'environ huit ans.

b) - un malade n'a pu être suivi.

c) un cas favorable pendant trois ans, mais survenue probable d'un cancer oesophagien (une oesophagoscopie faite lors de la myotomie n'avait pas révélé de cancer).

d) - trois résultats moyens :

. deux chez des psychopathes : disparition de la dysphagie, dans un cas réapparition d'une poche à air, mais des troubles cénestopathiques persistent.

e) - trois échecs vrais :

- un chez un grand psychopathe (observation 10, ALC.) : une myotomie itérative lui a donné un bon résultat de cinq ans, mais échec ensuite, nécessitant une opération de Thal dont le résultat est moyen.

Il faut retenir de cette observation l'importance de la sclérose péri-oesophagienne lors de la myotomie itérative et lors du Thal, sans sclérose de la paroi oesophagienne elle-même.

C'est à l'occasion de cette observation qu'il faut signaler encore l'intérêt du recouvrement d'une zone de myotomie par la grosse tubérosité gastrique à la manière de Dor. Un tel geste aurait pu prévenir un accolement de la muqueuse oesophagienne du pilier droit, comme on a pu le constater lors du Thal.

- deux qui ont nécessité une résection oesogastrique, elle-même couronnée de succès.

Ces deux observations (observation 11, GIR., et observation 3, MIL.) ont en commun de posséder une étude histologique lors de la myotomie itérative dont les résultats précisaient une importante sclérose intersticielle.

Cette sclérose semble avoir évolué pour son propre compte et être responsable de l'échec de la myotomie itérative. Dans un des cas, sur la pièce de résection, la sclérose est telle qu'on ne reconnaît plus le passage oesocardial. Ceci est d'autant plus frappant que ces lésions de sclérose intersticielle reconnues dans la pièce de myectomie seconde n'ont été rencontrées que dans trois cas : dans les deux observations dont nous parlons ici et dans

l'observation 15, MAR., avec un résultat moyen, avec un recul insuffisant : un an.

Dans les autres cas où une étude histologique a été faite, il n'a pas été noté d'éléments de sclérose interstitielle et le résultat de la myotomie itérative a été dans l'ensemble excellent.

Ainsi se pose le problème de la sclérose péri-oesophagienne et surtout de la paroi oesophagienne dans les indications de la myotomie itérative.

Dans quelle mesure cette sclérose est-elle une contre-indication à la myotomie itérative ? Y a-t-il un moyen de la prévoir, de la découvrir avant la myotomie ?

a) - La position de certains auteurs est assez nette.

Pour VUILLEME (thèse chez le Dr LOYGUE), la sclérose péri-oesophagienne importante rend la myotomie itérative souvent impossible.

Pour VUILLEME et pour ESCAT (thèse chez le Prof. GRIMOUD) la sclérose de la paroi oesophagienne est une contre-indication à la myotomie itérative.

Dans la thèse de VUILLEME, des arguments qui permettent de déceler cette sclérose avant l'intervention sont décrits : "Aspect radiographique anormal du cardia. Défilé inférieur déformé, rigide, irrégulier, d'aspect parfois pseudo-néoplasique."

La sclérose péri-oesophagienne a pour lui deux explications possibles : la myosite intersticielle de l'oesophagite de stase des dolicho-oesophages et les plaies muqueuses.

Dans la thèse d'ESCAT, "le défilé oesophagien paraît irrégulier, ses bords sont "grignotés" dans trois cas de sténose scléreuse, et surtout, lorsque l'oesophage est libéré et abaissé, GRIMAUD introduit par une courte gastrotomie une bougie de Hegar dans la lumière oesophagienne et, s'il est impossible de distendre le rétrécissement, celui-ci est considéré comme scléreux."

La connaissance préalable de cette sclérose avant l'intervention leur semble très importante dans le choix de la voie d'abord : abdomen ou thorax.

b) - Que nous en semble-t-il ? Quelle a été notre attitude lorsque nous revoyons l'ensemble de nos myotomies itératives ?

1°) - La sclérose péri-oesophagienne -

Disons d'emblée que l'interprétation de signes radiologiques de sclérose nous paraît bien difficile ; nous en avons vu des exemples plus haut.

Nombreuses sont les causes d'erreur et nous n'en avons pas tenu grand compte dans nos indications.

Nous avons rencontré quinze fois (sur dix-huit cas) des adhérences importantes, voire considérables. Leur rapport avec une plaie muqueuse ou une oesophagite de dolicho-oesophage n'a pu être établi.

Quant au rapport qui peut s'établir entre des adhérences péri-oesophagiennes et une sclérose interstitielle, il n'est pas frappant non plus :

. douze cas d'adhérences péri-oesophagiennes importantes
. trois cas de sclérose oesophagienne (dont deux seulement associés à une sclérose péri-oesophagienne).

Les adhérences péri-oesophagiennes n'ont donc pas modifié beaucoup notre attitude, puisque, dans les cas envisagés, nous avons pu pratiquer une myotomie itérative par voie abdominale, avec une incidence nulle sur les résultats : nous obtenons neuf excellents résultats, avec un recul moyen important (sur douze observations de sclérose péri-oesophagienne).

Donc, l'essentiel est l'insuffisance du Heller, plus que la sclérose.

Cependant, nous n'avons pas pratiqué de myotomie itérative dans deux cas.

Cbservation 19 -

Me MAS., née en 1906.

Mégaoesophage opéré par voie thoracique en 1950 dans le service : myotomie allant du cardia à 2 cm sous la crosse.

Bon résultat jusqu'en 1953.

Réapparition de la dysphagie à cette date.

En 1953, réintervention commencée par voie abdominale. On rencontre des adhérences étroites des organes voisins à la hernie muqueuse, avec fibrose considérable du cardia, nécessitant un retour à la voie thoracique et une résection anastomose de type Sweet.

Légère amélioration trois ans après, mais persistance de regurgitations glaireuses striées de sang. Radiologiquement, les passages semblent normaux. Les dilatations ont été pratiquées, mais ont été suivies d'hémorragies qui ont nécessité une hospitalisation pour transfusions.

Donc résultat médiocre malgré une disparition de la dysphagie. Le reflux gastrooesophagien et l'oesophagite de cette malade après Sweet sont d'ailleurs un bon exemple de complication, qui a conduit le Professeur LCRTAT-JACCB et FEKETE à pratiquer des anastomoses continentes par création d'une valve anti-reflux.

Cette observation est décrite ici à propos de notre discussion sur les indications de la myotomie itérative :

- parce qu'elle est un exemple de sclérose péri-oesophagienne, qui nous a fait renoncer à la myotomie itérative ;

- parce qu'elle répond au problème de la voie d'abord qu'ont souligné VUILLEME et ESCAT, comme nous l'avons vu plus haut. Nous avons ici pratiqué une médiane itérative, puis une thoracotomie dans le même temps opératoire.

- parce qu'elle renforce notre opinion sur l'intérêt de la protection de la muqueuse oesophagienne par un recouvrement de séreuse gastrique lors de la myotomie.

C'est un exemple de plus d'échec de myotomie, où l'on découvre une hernie muqueuse complètement accolée aux organes voisins.

Observation 20 -

Me BRU., née en 1912.

1 - Heller en 1936.

2 - Dilatations et infiltrations des splanchniques.
3 - Réintervention blanche en 1943.
4 - En 1946, nouvelles dilatations qui l'ont soulagée dix ans.
5 - Depuis 1960, accidents de blocage favorisés par la ménopause et un choc affectif (mort du père).

Présente également un diverticule pharyngo-oesophagien. Bien que la malade s'alimente mal, elle engraisse énormément.

Réintervention dans le service le 17 juillet 1963 : thoracotomie 7ème côte gauche ; libération de l'oesophage thoracique qui est épaissi et élargi, et entouré d'une condensation du tissu cellulaire médiastinal. Après phrénotomie, libération difficile de l'estomac en raison des adhérences sous-diaphragmatiques et hépatiques secondaires aux précédentes interventions. Résection oesophago-gastrique. Anastomose continente.

Sur la pièce, on note des traces de la myotomie, d'ailleurs brève : en mettant le doigt dans l'oesophage de haut en bas, on a l'impression qu'il y a comme un rétrécissement là où débute la myotomie.

Excellent résultat.

Dans cette observation, l'opérateur a jugé qu'il était préférable d'envisager d'emblée la voie thoracique, en raison des difficultés prévisibles dues aux deux interventions précédentes pratiquées par voie abdominale et à l'obésité inhabituelle pour un mégaœsophage. Les difficultés opératoires ne l'ont pas détrompé, à tel point qu'une résection doit être envisagée.

Nous n'avons malheureusement pas l'histologie de la pièce pour connaître la nature du rétrécissement perçu dans la pièce opératoire.

En conclusion, la sclérose péri-oesophagienne complique certes la réintervention et la myotomie itérative, la rend impossible parfois (deux cas), ne semble pas cependant un facteur important d'échec et, si cela était, la protection de la hernie muqueuse oesophagienne en serait la meilleure prévention.

2°) - La sclérose de la paroi oesophagienne même a eu, par contre, une incidence assez notable sur nos résultats de myotomie itérative, puisque, dans les trois cas où nous l'avons rencontrée, nous avons eu à déplorer deux échecs et un résultat moyen avec un recul minime (un an).

Il serait important de pouvoir en faire le diagnostic lors des réinterventions.

GRIMCUD, comme nous l'avons vu, introduit par gastrectomie une bougie de Hegar dans l'oesophage disséqué et se base sur la possibilité ou l'impossibilité de franchir la sténose pour en déduire la nature scléreuse.

Nous avons vu dans l'observation 10, ALC., lorsqu'a été pratiqué le Thal, que l'opérateur avait jugé dans des conditions similaires de la souplesse de la sténose en introduisant l'index dans la lumière oesophagienne vers l'estomac, à la faveur de l'incision oesophagienne.

Il nous semble cependant plus commode de recourir à l'utilisation de bougies introduites par voie orale. C'est de cette manière que nous avons procédé lors d'une réintervention dans le cas suivant.

Observation 21 -

Me BCT.,

Heller dans le service en 1963 pour un mégaoesophage ayant débuté cliniquement en 1961.

Dysphagie totale avec regurgitations.

Compte-rendu opératoire du 15 janvier 1963, dans le service. Très bonne exposition. Femme maigre. Myotomie sur 8 cm, avec prélèvement d'une bande qui montra une hyperplasie musculaire interne. Quelques filets nerveux, pas de cellules ganglionnaires.

Bon résultat clinique immédiat.

Contrôle radiologique en mai 1963 : montre de bons passages, mais un cardia encore serré, un peu de stase, mais pas de reflux, l'existence d'une poche à air et surtout une incisure constante de la région hiatale donnant l'impression de striction.

Mais, en juillet 1966 (trois ans et demi plus tard), réapparition de la dysphagie. Radiologiquement, passage gastrique un peu effilé, pas de poche à air, mais peu de stase oesophagienne.

Une oesophagoscopie est pratiquée le 13 septembre 1966 : pas de stase jusqu'à 37 cm. On ne descend pas au-delà. La muqueuse est normale. Pas de reflux. Une bougie n° 20 passe facilement sur une longueur de 5 cm, mais reste bloquée à cette distance.

On réintervient le 24 septembre 1966.

Compte-rendu opératoire : médiane itérative. On parvient progressivement à disséquer la région hiatale, en libérant peu à peu le foie qui y est très adhérent. On reconnaît ainsi la muqueuse oesophagienne et on a l'impression que la myotomie descend de façon très correcte sur le cardia. On prolonge néanmoins celle-ci de 2 cm sur l'estomac. On fait ensuite descendre une bougie 20 qui descend sans difficulté, puis, après, une bougie 39, qui passe à frottement dur au niveau du diaphragme. On agrandit alors l'orifice diaphragmatique par incision partielle du pilier G. La bougie passe alors sans difficulté.

Le reste du contenu abdominal est normal.

Trois mois plus tard, la dysphagie a disparu, la malade a repris 3 kg, les radios montrent des passages satisfaisants.

Comme nous avons eu l'occasion de le vérifier plusieurs fois sur des arguments histologiques (nous en reverrons des exemples plus loin), il suffit de brides fibreuses développées au contact de la muqueuse libérée lors de la myotomie première (ou, comme nous le voyons ici, d'un serrage excessif des piliers du diaphragme), pour que la sténose soit infranchissable.

Dans l'exemple que nous venons de décrire, une bougie n° 20 restait bloquée avant l'intervention. Le prolongement de la myotomie permet de la faire descendre sans difficulté, mais une bougie plus grosse passe à frottement dur au niveau du diaphragme et, lorsqu'on agrandit cet orifice, la bougie passe sans difficulté.

Il semble donc qu'il soit délicat de se baser sur de tels critères pour faire le diagnostic de sclérose de la paroi oesophagienne et renoncer à une myotomie itérative.

Seul l'examen histologique extemporané aurait quelque crédit !

Il nous a semblé raisonnable de pratiquer une myotomie itérative chez tous ces patients avec un risque d'échec iminime, plutôt que de faire courir un danger vital sans commune mesure avec la bénignité de l'affection en pratiquant une résection oesophagienne d'emblée.

Enfin, bien que nous n'ayons pas obtenu de bon résultat avec l'opération de Thal, il est permis de penser que cette intervention pourra être appliquée aux cas où existe une sténose oesophagienne récidivante malgré une myotomie correctement exécutée.

2°) - Les complications dues au reflux gastro-oesophagien : les oesophagites . Les ulcères oesophagiens -

Nous étudierons successivement :

a) - Les malades de notre statistique, qui forment un groupe assez homogène, car ces oesophagites sont surtout groupées dans les premières années de notre expérience, à une époque où l'accent n'avait pas été mis sur la nécessité de la reconstitution des mécanismes anti-reflux (et un cas de cardioplastie secondaire).

b) - Les malades de deuxième main, où l'étiologie des oesophagites relève de deux catégories principales :

- des cardioplasties,
- des myotomies itératives avec pylorospasme.

Observation 22 -

Mr SAB. Laurent, né en 1888.

Heller en mai 1946 pour un mégaoesophage entraînant de la dysphagie depuis 1935. L'amélioration fut brève : deux mois. Une cardioplastie par voie thoracique fut pratiquée en février 1948, au cours de laquelle on nota de nombreuses adhérences dures, presque cartilagineuses, dans la région cardio-diaphragmatique.

Malheureusement, une oesophagite peptique hémorragique et sténosante s'installa. Des dilatations furent pratiquées sans succès et, devant l'installation d'une sténose oesophagienne, une résection fut pratiquée le 20 janvier 1951, terminée par anastomose oeso-jéjunale sur anse en Y transmésocolique.

Le résultat est excellent. En 1959, le malade avait repris 30 kg, ne souffrait d'aucune dysphagie, avait encore un peu de reflux comme en témoignaient quelques brûlures, mais les clichés montrent une large anastomose et un oesophage modérément dilaté.

Observation 23 -

Mr DEC., né en 1928.

Heller en 1949 chez un sujet traité par dilatations depuis l'âge de douze ans.

Amélioration jusqu'en 1963, où il consulte pour amaigrissement, mais à cette époque un radio-cinéma montre une sténose d'aspect rigide et une image évoquant l'ulcère.

Résection anastomose continente en novembre 1963. L'aspect macroscopique de la pièce présente un rétrécissement annulaire, sans que l'on trouve d'ulcère, mais l'on note la présence d'une muqueuse de type fundique dans la limite inférieure de la muqueuse oesophagienne et l'opérateur se pose la question d'un brachyoesophage, sur lequel aurait été pratiqué le Heller initial; mais l'étude histologique de la pièce conclut à une oesophagite

L'évolution ultérieure a été immédiatement satisfaisante, mais le sujet est mort un an plus tard dans des conditions étrangères à son intervention (encéphalite ?).

Observation d'oesophagite consécutive à un défaut de mécanisme anti-reflux. Malade opéré à une époque où l'accent n'avait pas été mis sur la nécessité des procédés anti-reflux.

Observation 24 -

Mr DEC., né en 1914.

Heller en 1950 par voie thoracique. Myectomie jusqu'à la crosse. A été guéri pendant quatre ans, puis s'est mis à souffrir de vagues brûlures, et surtout de reflux.

Réintervention en juin 1954 pour fermer un hiatus commun à l'aorte et à l'oesophage et oesocardiogastropexie. Il s'en suivit une amélioration certaine, mais incomplète. Le sujet garde encore quelques brûlures.

Nous reverrons cette observation à l'occasion des hernies hiatales méconnues puisqu'avec son orifice commun à l'aorte et à l'oesophage, il est permis de penser qu' une hernie hiatale s'associait au mégaoesophage.

Mais il faut surtout remarquer au passage que la voie thoracique ne nous semble pas aussi bonne que la voie abdominale pour la reconstitution de l'angle de His.

Observation 25 -

Me PLI., née en 1920.

Heller par voie thoracique en 1951, apportant une amélioration d'une durée de deux ans. Puis survenue de signes de reflux gastro-oesophagien, avec brûlures et reprise de la dysphagie, qui conduit à réintervenir par voie abdominale.

Heller abdominal en 1954, avec fermeture de l'angle de l'hiatus, apportant une grande amélioration.

A repris 20 kg en 1962.

Même remarque que dans l'observation précédente en ce qui concerne la voie thoracique : il faut signaler aussi que ce cas peut aussi être considéré comme une insuffisance de myotomie.

Observation 26 -

Me VER., née en 1896.

Heller en 1951, sans fermeture de l'angle de His

Amélioration réelle pendant cinq ans, mais dégradation progressive de ce bon résultat par l'existence de signes de reflux gastro-oesophagien. Puis se déclenchent des hématémères par ulcère oesophagien, imposant une résection anastomose de type Sweet en 1961.

Décès six mois plus tard au cours d'un accident dyspnéique aigu non précisé.

Donc, observation typique, avec accident grave par oesophagite, survenant dans les suites d'un Heller qui n'a pas été associé à la reconstitution des éléments anti-reflux.

Observation 27 -

Me FCD. Amélie, née en 1898.

Cardiospasme évoluant depuis de nombreuses années, avec état de dénutrition avancée.

Heller le 9 septembre 1961. On voit très bien la région rétrécie au-dessus du cardia sur 2 cm. Myotomie de 10 cm de haut. La muqueuse subit une très bonne expansion. Fermeture de l'hiatus et oesocardiogastropexie.

Les suites opératoires sont bonnes jusqu'en avril 1963, mais, à cette date, se manifeste du reflux gastrooesophagien, vérifié plusieurs fois en oesophagoscopie.

Elle a subi également avant toute oesophagoscopie une manométrie le 25 avril 1963 : "La pression de base est normale dans le sphincter inférieur de l'oesophage et n'est pas majorée par la réplétion du corps de l'oesophage. Il n'y a donc ni cardiospasme permanent ni cardiospasme réactionnel. Cela plaide respectivement contre un épithélioma de la région cardiale et contre le mécanisme habituel du mégaoesophage.

Dans le corps de l'oesophage, le péristaltisme reste aboli.

Il n'y a pas de conclusion sur la cause de l'échec de ce Heller."

Des signes hémorragiques se manifestent. Des radios évoquant un ulcère complètent le tableau.

La malade est réopérée le 8 septembre 1965. Thoracotomie. Oesophage volumineux ; il est inflammatoire au-dessus du diaphragme avec adhérences médiastinales et hyper-vascularisation.

Phrénotomie : libération d'adhérences multiples gênant l'abord du cardia. On ouvre largement les muqueuses oesophagiennes et gastriques au niveau de la myotomie. Le cardia est pratiquement adhérent au pourtour de l'hiatus oesophagien. La myotomie a 3 cm de haut environ.

Résection oesogastrique. Pylorotomie extra-muqueuse. Anastomose oesogastrique du type continent. Histologiquement : ulcère oesophagien profond à la hauteur de la cicatrice du Heller et la musculeuse est totalement interrompue à ce niveau.

Il faut signaler aussi dans cette observation d'oesophagite avec érosion muqueuse une sclérose très importante de la sous-muqueuse et des infiltrats lymphoïdes dans l'épaisseur de la musculeuse, dont les couches sont épaissies, mais bien ordonnées. Cette remarque n'est faite que pour illustrer davantage ce que nous disions de la sclérose intersticielle de l'oesophage et de ses signes distinctifs d'avec la sclérose des oesophagites.

Le résultat de cette intervention est bon, mais il persiste un peu de stase salivaire nocturne et une certaine gêne radiologiquement visible au passage oesogastrique.

Pour le commentaire de ces observations d'oesophagites survenues dans notre statistique personnelle, se référer au tableau situé à la fin de ce travail.

Voici donc six observations d'oesophagite post-opératoires consécutives à :

- deux myotomies par voie thoracique.

La reconstitution de l'angle de His est difficile et incomplète par voie thoracique, à moins de se livrer à une phrénotomie disproportionnée avec à l'intervention. Nous ne saurions défendre la voie thoracique dans le but de faire une myotomie plus complète, car dans un cas la myotomie semblait insuffisante vers le bas (observation 25, PLI.).

Ces deux cas ont été réopérés par voie abdominale. Fermeture des piliers et réfection de l'angle de His dans les deux cas, et myotomie complémentaire dans un cas.

Un bon résultat et un résultat moyen en raison de la persistance de brûlures. Il aurait peut-être été préférable de faire une opération anti-reflux plus large (1/2 Nissen).

- dans les autres cas, l'oesophagite s'est développée après myotomie par voie abdominale.

Dans un cas, on a la certitude du défaut de reconstitution des mécanismes anti-reflux ; dans deux autres, c'est très probable, car le compte-rendu opératoire est silencieux sur ce point, et pour cause, ces interventions ayant eu lieu entre 1946 et 1949. Mais dans le dernier cas, l'angle de His et les piliers ont été suturés. Y a-t-il eu une imperfection technique ou un lâchage secondaire des fils de suture ? Nous n'avons pas d'explications sur ce point.

Dans ces quatre cas, l'oesophagite était importante :

- hémorragies graves dans trois cas,
  avec un ulcère dans un cas.

- sténose peptique dans l'autre cas, avec présence de muqueuse de type gastrique.

Ces quatre malades ont dû subir une résection :

. un Allison, avec excellent résultat,

. un Sweet, mais décès six mois plus tard, sans rapport.

. une anastomose continente, mais décès un an plus tard,sans rapport.

. une autre anastomose continente, avec bon résultat de deux ans.

Le reflux oesophagien et les oesophagites survenues chez des sujets opérés ailleurs : malades de deuxième main -

Nous avons sept dossiers :

- quatre malades ont subi une myotomie, puis une cardioplastie ;
- trois autres malades ont présenté :

. soit un reflux important,

. soit une oesophagite compliquée,

associés à des troubles de l'évacuation gastrique : pylorospasme et sténose médio-gastrique.

Observation 28 -

Mr MUL. André, né en 1921.

Oesophagite après cardioplastie -

Heller en 1943, pour un mégaoesophage révélé en 1937. La myotomie a été de 5 cm. L'amélioration fut de courte durée : deux mois.

La reprise dysphagique a conduit à une cardioplastie par voie thoracique en 1948, au cours de laquelle furent notées de nombreuses adhérences, puis à une phrénicectomie gauche en 1949.

Le malade a été repris dans le service quelques mois plus tard pour oesophagite avec ulcère. Il a subi une résection oesogastrique, mais celle-ci s'est soldée par un nouvel échec, avec reprise de l'oesophagite (sténose hémorragique et irrégulière à l'oesophagoscopie).

Une oesophagoplastie pré-thoracique avec le jéjunum fut pratiquée, toujours en 1949. Les suites opératoires ont été simples.

Observation 29 -

Mr DED. Marcel, né en 1906.

Oesophagite après Heyrowski, avec ulcère peptique.

Heller en 1948, pour un mégaoesophage évoluant cliniquement depuis deux ans. Echec (amélioration d'une durée d'un mois).

Une oesogastrectomie en 1949 apporte une amélioration de six mois. La dysphagie reprend ensuite, accompagnée de brûlures. En 1957, une oesophagoscopie montre une oesophagite importante, mais la région cardiale est assez souple. On note en outre un reflux radiologique important.

Le malade est alors opéré dans le service, le 27 mai 1957. Thoracotomie : gros mégoesophage. On ouvre un abcès sous-phrénique développé dans le grand épiploon. On pratique une résection oesogastrique avec ablation de l'abcès en même temps que la partie gastrique. On trouve de très nombreuses adhérences sous-phréniques, on ne retrouve pas la trace du Heller. L'anastomose oeso-gastrique est pratiquée au ras de la veine pulmonaire inférieure.

L'examen de la pièce opératoire révèle un ulcère peptique au contact de l'anastomose. Le cardia est normal ; il a 3 cm de long et admet une paire de ciseaux de Mayo. On ouvre également l'abcès intra-épiploïque attenant à la pièce. L'étude histologique confirme l'existence de l'ulcère.

Les suites sont bonnes. Le malade va bien, n'a plus aucune dysphagie. Il ressent parfois encore quelques brûlures.

Cette observation, qui est classée au chapitre des échecs des oesogastrostomies du type Heyrowski peut s'ajouter également à la liste des échecs des Heller techniquement insuffisants, comme on a pu le vérifier lors de la troisième intervention devant l'absence de trace de myotomie.

Le cardia vu en oesophagoscopie est resté souple et, malgré la présence d'un abcès intra-épiploïque, il n'y avait pas de retentissement scléreux sur le cardia.

Observation 30 -

Mr GAU. Jean, né en 1894.

1 - Heller le 5 avril 1948,

2 - Puis Heyrowski le 6 septembre 1948,

3 - Phrénicectomie le 6 janvier 1949.

N'est pas guéri. Il ressent des douleurs immédiatement après les repas. Il n'y a ni regurgitations, ni vomissements. Les radios montrent un passage par les deux orifices, la persistance de l'importante dilatation, des spasmes étagés et une très grosse poche à air.

Il subit le 7 avril 1949, par voie thoracique, une résection du cardia. Les suites opératoires immédiates sont simples, mais on apprend son décès lors d'une enquête ultérieure, sans pouvoir en préciser les modalités.

Les éléments du dossier, assez ancien, nous permettent seulement de supposer sans preuve formelle qu'il s'agit d'une oesophagite après Heyrowski.

Observation 31 -

Mr GIR. , né en 1914.

Heller en octobre 1949, ayant apporté une amélioration partielle et passagère, car :

en novembre 1949, on pratique une oesophagogastroplastie. Le résultat n'est pas satisfaisant, et, en 1951, on pratique une série d'infiltrations lointaines qui ont apporté un peu d'amélioration. Puis le sujet a été dilaté jusqu'en 1954.

A cette date, apparaissent des regurgitations en decubitus et, radiologiquement, une sténose de l'anastomose.

Dans le service, on décide de pratiquer une résection oesogastrique avec anastomose de type Allison. Interposition d'une anse grêle trans-mésocolique. La pièce est partiellement rétrécie, et on note surtout une musculeuse épaissie. Il semble qu'une myectomie aurait peut-être suffi, car il ne s'agissait que d'une sténose de l'anastomose avec un cardia de mégaoesophage, sans signes d'oesophagite à ce niveau.

Le résultat a été satisfaisant. Le malade est grandement amélioré.

On peut en conclure que le premier Heller était insuffisant et que l'oesophago-gastrectomie n'était pas indiquée, mais bien plutôt un Heller itératif.

Observation 32 -

Mr LER., né en 1913.

Heller en février 1950, pour mégaoesophage, sans succès, puis anastomose oeso-gastrique en mai 1950 (trois mois plus tard) qui a entraîné une oesophagite importante avec brûlures et hémorragies.

Le malade est alors adressé dans le service, où on confirme l'existence d'une oesophagite peptique sur un mégaoesophage très important, mais rectiligne.

En octobre 1950, est pratiquéedans le service une résection du mégaoesophage avec anastomose oeso-jéjunale sur une anse montée en Y (Allison).

Le malade est très amélioré, après avoir présenté pendant quelque temps un dumping syndrome.

Cette observation illustre le risque important d'oesophagite après anastomose oesogastrique latéro-latérale pour mégaoesophage (Heyrowski), dont les dangers ont été étudiés par M. le Professeur LORTAT-JACOB.

Sur le plan du Heller initial, il est probable que cet échec soit dû à une insuffisance de la myotomie.

Observation 33 -

Mr PEL., né en 1920.

Heller en 1954 sans amélioration.

Subit un deuxième Heller en avril 1956, au cours duquel on note des adhérences nombreuses du foie, de l'estomac et de l'oesophage. On pratique une myectomie de 10 cm (deux plaies muqueuses) et on termine par une réfection de l'angle de His.

Mais une oesophagite gravissime par l'abondance de ses hémorragies se développe. Le 29 mai 1956, intervention pour pylorospasme (avec radiologiquement distension gastrique, effacement de l'angle de His). On pratique une pylorotomie et on introduit une sonde à double bâtonnet à but hémostatique. Cette dernière intervention stoppe quelque peu les hémorragies, mais l'oesophagite hémorragique diffuse avec très important reflux (vu en oesophagoscopie) continue d'évoluer.

Le malade est transféré dans le service.

Thoracotomie le 18 octobre 1956. La région du cardia est le siège d'une coulée scléreuse énorme et on pratique une résection

oesogastrique avec anastomose de type Sweet. L'histologie confirme l'énorme remaniement scléreux de l'oesophage inférieur. Le tissu scléreux dense, d'épaisseur considérable siège essentiellement dans la sous-muqueuse et les fibres musculaires sont entourées de sclérose hyaline en continuité avec celle de la sous-muqueuse. Ulcération et suppuration de la muqueuse.

Le malade est maintenant guéri.

Il s'agit donc d'un malade qui a subi une myotomie itérative dans des conditions difficiles. L'angle de His a été reconstitué, mais le développement post-opératoire d'un pylorospasme, comme en témoignent les clichés post-opératoires du 28 avril 1956, où l'on note la disten ion gastrique et un effacement de l'angle de His tel qu'il semble qu'une partie de l'estomac se trouve dans le thorax, va compliquer gravement cette intervention.

En effet, il y a tout lieu de penser que ce pylorospasme consécutif à une lésion des X dans une région hiatale très remaniée a vite fait, par son effet de distension gastrique, de rompre les fils de suture de l'angle de His et d'effacer celui-ci.

Observation 34 -

Me LEC., née en 1929.

Heller en 1959 pour mégaoesophage important (niveau liquide à 3 cm sous la clavicule), ayant apporté une amélioration d'un an. Une hernie muqueuse et l'apparition d'une poche à air avaient été notées.

Mais, devant une récidive, ce mégaoesophage a été repris avec Heller itératif en novembre 1964. "Nombreuses adhérences ... par gastrotomie, un doigt dans l'oesophage perçoit un ressaut que l'opérateur attribue à une sclérose cicatricielle péri-oesophagienne et une myotomie de 10 cm est reprise avec réfection de l'angle de His.

Mais les suites sont perturbées. Fistule oesophagienne, qui s'est fermée spontanément et, surtout, s'installe une symptomatologie de reflux gastro-oesophagien. Des radios pratiquées quelques mois plus tard montrent une bonne hernie muqueuse, mais une disparition de l'angle de His.

Une oesophagoscopie confirme reflux et stase, mais pas d'oesophagite.

Un aspect radiologique de sténose pylorique fait évoquer la possibilité de ce facteur dans l'incontinence cardiale par lâchage de la suture de l'angle de His, sous l'effet de la distension gastrique. Devant l'importance des troubles de reflux gastrooesophagien, une réintervention est décidée dans le service, le 2 mars 1965.

Thoracotomie. Adhérences nombreuses, en particulier un gros anneau de sclérose au niveau de la partie antérieure et droite de l'hiatus oesophagien.

Résection. Anastomose oesogastrique de type Sweet. Sur la pièce, on note une sténose surtout muqueuse à la jonction des muqueuses oesophagienne et gastrique. La muqueuse oesophagienne est normale. L'étude histologique révèle à la jonction oesogastrique une ulcération muqueuse, comblée par du tissu fibreux et du tissu cicatriciel autour des fils de suture. Il est probable qu'il s'agisse là de séquelles d'une plaie muqueuse lors de l'intervention précédente.

Voici donc un deuxième exemple de pylorospasme post-opératoire après myotomie itérative laborieuse et compliquée de fistule oesophagienne.

La lésion vagale chirurgicale est très probable et explique à la fois le pylorospasme et la destruction par distension et lâchage des fils de suture de l'angle de His correctement reconstitué.

En outre, dans cette observation, il semble qu'un anneau sténosant cicatriciel se soit constitué dans la région fistuleuse et ait contribué à rendre le cardia à la fois sténotique et incontinent et que cette complication se soit ajoutée au pylorospasme pour produire une oesophagite.

Observation 35 -

Mr SCH. Ernest, né en 1904 (vu en deuxième main).

Volvulus et sténose médio-gastrique.

Heller en 1964 pour cardiospasme avec dysphagie présente depuis sept ans. Le compte-rendu opératoire note un Heller par voie abdominale et réfection de l'angle de His.

L'amélioration a duré six à sept mois.

Puis le malade s'est mis à vomir le matin et prenait une alimentation mixée. Les compte-rendu radiologiques notaient une bonne hernie de la muqueuse, un bon angle de His, une sténose cardiale discrète, un oesopha[illegible] et surtout une image de sténose médio-gastrique.

Réintervention dans le service le 16 août 1966. L'antre gastrique apparaît volvulée et collée à la face inférieure du lobe gauche du foie, très haut, attirant la région pyloro-duodénale vers le haut. Libération complète de l'estomac. Aucune anomalie perceptible à la palpation. Pyloroplastie sur les deux faces. La face inférieure du lobe gauche étant convexe, ce lobe étant de petit volume, l'estomac a tendance à se replacer en position vicieuse : on le fixe par deux points de gastropexie antérieure.

Cette observation s'apparente aux précédentes par le reflux présenté par le malade, non pas à cause d'un pylorospasme, mais à cause d'une sténose médio-gastrique avec volvulus. La pyloroplastie a été pratiquée par prudence, pour éviter tout risque de nouvelle distension gastrique.

Pour les observations d'oesophagites survenues chez des malades de deuxième main, se référer au tableau inclus à la fin de ce travail.

Comme nous l'avions annoncé en tête de chapitre, on peut distinguer parmi ces malades deux catégories en fonction de l'étiologie de leur oesophagite.

1°) - Les cardioplasties après échec de myotomie.

Il s'agit toujours d'anastomoses oesogastriques du type Heyrowski, exécutées en général quelques mois après l'échec d'une myotomie dont le résultat a été pratiquement nul.

Deux notions s'en dégagent :

a) - la myotomie devait être insuffisante, comme en témoignent les échecs immédiats et deux cas où, seule, l'anastomose oesogastrique était le siège de l'œsophagite (dans un cas : un ulcère au contact de l'anastomose).

L'opérateur note que, dans ces deux cas, le cardia était souple et qu'une myotomie aurait peut-être suffi à guérir ces malades : l'anastomose en voie de sténose se serait fermée complètement.

b) - les cardioplasties de ce type payent un lourd tribut aux oesophagites, comme l'a montré le Professeur LORTAT-JACOB.

La gravité des complications engendrées par ce type de cardioplastie est variable :

. Deux ulcères, dont un au contact de l'anastomose.

. Une oesophagite hémorragique.

. Deux reflux non compliqués.

Il nous semble d'ailleurs intéressant de verser au dossier des cardioplasties l'observation suivante.

Observation 36 -

Me RUE., née en 1889.

Mégaoesophage évoluant depuis 1937. Opérée en 1941, à Broussais. Thoracotomie : voie sous-pleurale gauche. Mégaoesophage déjà très avancé, avec des lésions de périoesophagite importante. On réalise une sorte de cardioplastie atypique. Cardioplastie extra-muqueuse sur 8 cm. Le but de l'opérateur était de pratiquer une anastomose oesogastrique, mais, en fait, ce qui a été réalisé est plutôt une myotomie avec plicature, bien que la voie d'abord sous-pleurale ait rendu l'intervention difficile.

Amélioration relative jusqu'en 1952, puis reprise de la dysphagie.

En 1957, dans le service, elle présentait un gros mégaoesophage avec siphon, avec liquide de stase à 5 cm sous la clavicule. Très discrète poche à air.

Le 6 mars 1957, la malade est réopérée. Médiane susombilicale. On tente de libérer la région sous-phrénique ; ceci s'avère plein de difficultés, au point que, très rapidement, on fait une large effraction de la grosse tubérosité gastrique. Dans ces conditions, après tenté d'abaisser l'oesophage et en raison d'adhérences médiastinales serrées, on se décide à faire une oesophagogastrostomie transversale en deux plans.

La malade reprend 14 kg en sept mois, ne présente actuellement que quelques petits troubles, mais pas d'oesophagite.

C'est là une observation atypique à de nombreux points de vue :

- la voie d'abord sous-pleurale et les difficultés opératoires presqu'insurmontables rencontrées au moment de la première intervention contre-indiquaient une nouvelle thoracotomie.

- la voie abdominale fut choisie pour cette raison, mais il s'avéra vite que la myotomie ou la résection étaient impossibles. Force fut donc de recourir à la cardioplastie qui, dans cet exemple, donna un assez bon résultat avec seize ans de recul.

2°) - Oesophagite et pylorospasme -

Les deux observations suivantes frappent par la similitude des différents stades qui conduisirent les malades à l'oesophagite.

a) - Une myotomie insuffisante.

b) - Puis une myotomie itérative dans des conditions difficiles, gênée par une sclérose périoesophagienne importante. Dans les deux cas, plaie muqueuse avec une fistule certaine et une autre possible.

c) - La réfection de l'angle de His a été notée dans les deux compte-rendu opératoires.

d) - Un pylorospasme post-opératoire précoce s'installe et l'on observe radiologiquement un effacement de l'angle de His, comme si celui-ci était forcé par la distension gastrique et faisait lâcher les fils de suture.

e) - Dans les deux cas, reflux important,
et dans un cas, oesophagite hémorragique gravissime.

3°) - Enfin, dans la dernière observation, le reflux dû à une sténose médiogastrique nous a incité à la classer dans la même catégorie de malades.

Le traitement de ces oesophagites -

Nous avons vu :

- que la résection a été pratiquée chez les malades qui avaient subi une cardioplastie, mais qu'en fait, dans deux cas, l'opérateur a noté qu'une myotomie aurait peut-être suffi.

- résection également pour les oesophagites avec pylorospasme.

Signalons à ce propos que, si de tels accidents ne se sont pas produits dans notre statistique, nous n'en reconnaissons pas moins l'intérêt d'une pyloroplastie complémentaire lorsqu'on a un doute sur l'intégrité des X.

D'ailleurs, ce geste a été pratiqué par nous plusieurs fois (observations 39, BAS., 10, ALC., et 17, TRC.).

- le volvulus gastrique a été traité par détorsion, fixation, pyloroplastie.

- Les résultats des résections ont été bons, en ce qui concerne les oesophagites : cinq résultats excellents ou bons (avec un recul supérieur à dix ans) :

. deux bons résultats d'Allison (un Allison I, un Allison II), dumping transitoire seulement.

. un excellent de Sweet.

. deux autres bons (gênés par un peu de reflux et brûlures).

Un échec (reprise de l'oesophagite), traité par oesophagoplastie avec un bon résultat.

Retenons donc un échec et deux résultats compliqués de brûlures résiduelles dans les suites d'une résection et anastomose de type Sweet : arguments supplémentaires en faveur de l'anastomose de type continent.

Un décès, un an après résection, sans rapport avec l'intervention.

3°) - Les échecs survenus après myotomie pour dolicho-mégaoesophages avec siphon -

Dans ce chapitre, seront étudiés :

a) - Quatre dossiers de dolicho-mégaoesophage avec siphon.

On connaît les problèmes particuliers posés par la présence d'un siphon qui, malgré une myotomie, ne permet pas l'évacuation complète de l'oesophage.

b) - Deux dossiers de dolicho-mégaoesophages de très grande taille.

Il nous semble en effet logique de rapporter ces observations avec les dolicho-mégaoesophages avec siphon.

L'aspect radiologique et surtout l'aspect endoscopique de ces dolicho-mégaoesophages, où la muqueuse apparaît flasque et compliquée de nombreux replis permettent de comprendre les difficultés d'évacuation et de passage oesogastriques.

Rapportons aussi les expériences d'Hoffer sur le chien achalasique, montrant que la myotomie y était aussi efficace que chez l'homme,et l'on comprendra que le mode d'action de la myotomie n'est pas uniquement de permettre au bol alimentaire de descendre sans résistance sous l'effet de la pesanteur (effet Hurst).

Il est donc permis de penser que les dolicho-mégaoesophages avec ou sans siphon, représentant une phase ultime de la maladie, peuvent être envisagés ensemble.

c) - Dans un tableau comparatif de ces dolicho-mégaoesophages, figureront :

- l'histoire d'un malade étudié antérieurement : observation 11, GIR., et qui présentait aussi un dolicho-mégaoesophage avec siphon ;

- l'histoire d'un malade dont le dolicho-mégaoesophage avec siphon a été réséqué d'emblée (LEVY).

Observation 37 -

Mr CAB., né en 1934.

Mégaoesophage révélé dès l'âge de cinq ans par une dysphagie pour les solides. Aspect radiologique de dolicho-mégaoesophage avec siphon, développé surtout en arrière. Oesophagoscopie : parois flasques, muqueuse flasque, pas d'image pathologique, cardia aisément franchi.

Première intervention : Heller, le 7 juillet 1955. Médiane sus-ombilicale. Libération de l'oesophage gros comme un côlon et très fixé à l'hiatus. Très longue et large myectomie, la musculeuse circulaire est épaisse de près de 1 cm. On descend l'incision de 2 cm sur l'estomac, petite brèche muqueuse suturée par trois points de nylon. Deux points en arrière sur l'hiatus. Oesogastropexie.

Histologiquement : musculeuse oesophagienne remarquablement épaisse, mais qualitativement normale.

Mauvais résultat : la dysphagie a disparu, mais vomissements et selles noires que l'opérateur rapporte à une oesophagite par stase dans le siphon.

Parallèlement, on note aussi un aspect de pylorospasme.

Deuxième intervention : résection Sweet, le 7 octobre 1955. Thoracotomie. Libération sanglante et délicate de ce très gros oesophage. Résection remontant à 2 cm de la crosse aortique. Anastomose oesophagogastrique type Sweet.

. sur la pièce : muqueuse épaisse, non hémorragique ;

. histologiquement : trois coupes à des niveaux supérieur, moyen et inférieur. A ces niveaux, cet oesophage dilaté et à paroi épaisse a une muqueuse un peu hypertrophique, une musculaire muqueuse anormalement nette, une sous-muqueuse épaissie et sclé-reuse et un chorion semé d'infiltrats lymphocytaires.

La musculeuse des deux premiers prélèvements est très hyperplasique (éléments musculaires et nerveux), celle du troisième

(inférieur) est ramassée "en boule" dans un secteur du pourtour oesophagien n'entourant pas en totalité la section oesophagienne. Les ganglions sont inflammatoires.

Sur des clichés pratiqués douze jours après l'intervention, on note une anastomose satisfaisante, mais toujours un aspect de pylorospasme. Malheureusement, le sujet décède de complications pulmonaires quelques jours plus tard.

En résumé : échec de la myotomie sur un dolicho-mégaoesophage avec siphon.

Mais l'explication de cet échec n'est pas claire.

- Le Heller semble avoir été efficace sur la déglutition, car la dysphagie avait disparu.

- L'oesophagite de stase :

a) - elle ne paraissait pas exister avant le Heller.

En oesophagoscopie, elle n'a pas été vue.

Histologiquement : pas de signes inflammatoires particuliers.

b) - elle pourrait être retenue en raison des signes hémorragiques qui ont suivi ce Heller.

c) - mais elle ne semble pas évidente sur la pièce de résection :

. muqueuse hypertrophique non hémorragique,

. histologiquement, pas de lésion muqueuse,

. seule, la sous-muqueuse est épaisse et scléreuse et le chorion semé d'infiltrats inflammatoires, ainsi que les ganglions.

Ces signes ne sont pas très accusés et peuvent être attribués à la plaie muqueuse lors de la myotomie.

d) - enfin, un pylorospasme est noté avant et après la résection. C'est peut-être là qu'il faut chercher la cause des vomissements.

Quant à la cause du meloena , s'il est authentique, peut-être faut-il la chercher ailleurs ou dans le saignement d'un vaisseau au contact de la plaie muqueuse ?

Observation 38 -

Me MEC. Emilia, née en 1890.

Très ancien et très gros dolicho-mégaoesophage, avec coude intrathoracique.

Heller en 1952. Myectomie de 12 cm, fermeture de l'hiatus, fixation de la grosse tubérosité gastrique. A été très bien jusqu'en février 1955. Mais, à l'occasion d'une épreuve familiale, reprise de la dysphagie.

Fait un meloena en janvier 1957. On décide de la réhospitaliser. Ré-intervention le 2 février 1957, par médiane sus-ombilicale. On retrouve la trace du Heller précédent et on ouvre la muqueuse à ce niveau. La muqueuse est très mince, hémorragique. Malgré la dissection des X et leur section, on ne peut bénéficier du coude intrathoracique. Malgré la section de la coronaire, l'estomac reste amarré dans l'abdomen et on est contraint de faire une anastomose oesojéjunale sur un oesophage encore rétréci.

Malheureusement, décès post-opératoire par hémorragie (traitement anti-coagulant mal conduit).

Dans ce cas, on peut retenir :

- que la myotomie a été efficace pendant trois ans,
- qu'un accident hémorragique (meloena) peut être mis plus volontiers ici sur le compte d'une oesophagite (l'opérateur indiquant que la muqueuse était mince et hémorragique), bien que, sur la pièce d'autopsie, c'est-à-dire au-dessus de la zone réséquée, la muqueuse soit normale.

Observation 39 -

Me BAS. Claire, née en 1897.

Très volumineux dolicho-mégaoesophage avec siphon posté-

rieur. Début des troubles en 1940. Pas de dysphagie, mais oppression thoracique post-prandiale, regurgitations.

Le 30 avril 1958, très bon Heller sur 8 - 10 cm, par voie abdominale, mais désinsertion accidentelle de l'oesophage sur le lac en fin d'intervention. Anastomose bout à bout, recouverte par la grosse tubérosité.

Suites opératoires simples. Le malade reprend 8 kg. Réapparition d'une poche à air, et même ondes contractiles de l'oesophage.

Mais l'amélioration clinique n'a duré que sept mois. La sensation d'oppression thoracique post-prandiale ayant repris à ce stade. Réintervention le 22 novembre 1958 : thoracotomie, résection anastomose continente. L'anastomose antérieure n'est pas en cause. On ne trouve pas d'oesophagite et il semble que les troubles soient dus avant tout à l'asystolie oesophagienne. Suites opératoires simples.

Cependant, quatre mois plus tard, doit subir une pylorotomie pour pylorospasme. Va bien pendant six ans.

Mais, à ce stade, est de nouveau gênée par une stase qu'on attribue à une sténose de l'anastomose. Réintervention le 9 février 1965. On constate qu'il existe une poche diverticulaire en arrière de l'anastomose. Pas d'autre geste chirurgical. Depuis, s'alimente assez bien, position demi-assise.

L'asystolie oesophagienne est à tel point étendue en hauteur que la dilatation en coude initiale s'est reproduite aux dépens de la valve postérieure de l'anastomose.

Observation 40 -

Me FOU., 65 ans. Psychopathe.

Dilatation en 1940. Très gros mégaoesophage.

Heller en 1948 : longue section musculaire, brèche muqueuse gastrique, amélioration relative pendant six mois. Des clichés pratiqués un an après, alors que la dysphagie redevient intense, montrent cependant une diminution du calibre oesophagien et quelques ondulations.

Devant l'état général médiocre et la grande dysphagie, réintervention en 1951 : thoracotomie. L'oesophage est plus gros que l'estomac et est entouré d'une périoesophagite intense, avec grande quantité de ganglions inflammatoires. Anastomose de type Heyrowski, car on redoute une trop large anastomose terminale sur l'oesophage. Amélioration très relative et décès en 1956, dans un état de cachexie profonde.

L'entourage de la malade, aux dires du médecin de famille, entretenait cette femme dans un état de vie médiocre et il est bien difficile d'attribuer cet échec exclusivement à des causes médicales.

Il n'y a pas d'explication bien précise à donner à cet échec. La psychopathie de la malade, la taille monstrueuse du mégaoesophage, la plaie muqueuse lors de la myotomie, la périoesophagite intense découverte lors de la résection sont autant de facteurs qui, sans être déterminants à eux seuls, peuvent se conjuguer pour l'expliquer.

Observation 41 -

Me NIC., née en 1929.

Mégaoesophage ayant débuté en 1943, à l'âge de 14 ans, avec dilatation modérée et oesophage encore très contractile constatés sur des clichés pratiqués en 1945. Puis la dilatation progresse et paraît déjà très importante sur des clichés de 1952 pratiqués à la fin d'une grossesse pathologique avec éclampsie.

Heller en 1953 : myectomie sur 12 cm, réfection de l'angle de His et de l'hiatus. L'examen histologique ne montrait pas de lésion des tuniques oesophagiennes. Guérison complète pendant trois mois, puis reprise des malaises lors des règles.

En 1955, énorme méga en chaussette.

En 1957 et 1959, deuxième et troisième grossesses au cours desquelles les troubles progressent. Ligature des trompes en 1960.

Réintervention le 13 décembre 1960 : résection anastomose continente, pyloroplastie.

La malade est revue et, en 1962, malgré la persistance de maigreur, fatigue, nervosité, les clichés montrent que la [illegible] passe normalement.

Il s'agit d'un mégaoesophage qui a été suivi radiologiquement dès le stade de début avec dilatation moyenne et oesophage tonique. Il a été opéré à une phase de dilatation importante, mais n'a pu bénéficier que d'une courte guérison (trois mois).

Il faut signaler que l'examen histologique de la pièce de myectomie ne montrait pas de lésion nerveuse, ni musculaire. Mais c'est le seul fait particulier dans cette histoire de mégaoesophage.

Toutefois, l'importance de la recrudescence des troubles lors des épisodes importants et pathologiques de la vie génitale de cette femme est remarquable. Il est impossible d'en tirer un argument décisif dans l'explication de cet échec.

Voici donc une série de malades présentant des dolicho-mégaoesophages ; la plupart d'entre eux avec siphon.

1 - L'évolution de la maladie -

Elle s'est déroulée sur de nombreuses années, quinze à vingt ans pour beaucoup avant la myotomie.

2 - La myotomie a été réalisée par nous, sauf dans un cas (observation 11, GIR., étudié aussi dans les myotomies insuffisantes).

- Les constatations opératoires : la taille de l'oesophage est comparée à un estomac, ou plus gros qu'un côlon.

Les difficultés opératoires sont assez grandes en général. La libération d'un coude intra-thoracique a souvent été laborieuse (dans une dernière observation, LEVY, qui figure au tableau mais ne fait pas partie de notre sujet, l'opérateur note que cette libération n'aurait pas été possible et que la résection s'imposait d'emblée pour cette seule raison).

- On relève aussi une rupture accidentelle de l'oesophage (observation 39, BAS.) par traction sur lac, une plaie muqueuse.

- Mais, dans l'ensemble, l'opérateur note que la myotomie a été très longue (supérieure à 10 cm) après libération du dolicho-oesophage.

3 - Les résultats de la myotomie -

- L'amélioration apportée va de la nullité (un cas) à onze ans dans un autre cas.

- Les troubles qui ont traduit la rechute sont variables :

a - Dans un cas (observation 40, FCU.), bien qu'il ne s'agisse pas d'une forme avec siphon, la déglutition ne peut être effectuée que dans une position donnée (assise, penchée sur le côté), ce qui confirme que les très gros mégaoesophages posent les mêmes problèmes hydrodynamiques que les formes avec siphon.

b - La dysphagie a repris dans la moitié des cas. Dans un cas, à l'occasion d'un choc affectif comme on le voit souvent, lorsqu'il s'agit d'une première manifestation de la maladie.

c - Dans un cas, des signes d'oesophagite de stase avec hémorragie et confirmation anatomique : muqueuse hémorragique.

d - Dans un cas, des vomissements qui semblent être en rapport avec un pylorospasme.

e - Dans un cas, une sensation d'oppression thoracique, réalisée par une véritable compression médiastinale par un énorme oesophage.

f - dans un dernier cas, des troubles mal définis, nervosité, cachexie.

- L'aspect radiologique se modifie peu dans l'ensemble. On observe parfois une légère diminution de calibre, parfois aussi quelques contractions oesophagiennes et apparition d'une poche à air. Enfin, dans un cas, l'oesophage a augmenté considérablement de volume.

4 - La réintervention -

Elle est décidée dans des délais qui varient de quelques mois

à quinze ou vingt ans après la myotomie, ce qui prouve malgré tout que les troubles qui réapparaissent peuvent être relativement supportés.

Ont été réalisées :

a) - Cinq résections oesophagiennes :

un Sweet,
un Allison I,
trois anastomoses continentes,

dont les résultats sont les suivants :

. deux décès post-opératoires,

. une amélioration relative avec troisième intervention : pyloroplastie et quatrième intervention blanche.

. un résultat très moyen : persistance de fatigue, maigreur, nervosisme.

. enfin, un bon résultat.

b) - Une cardioplastie type Heyrowski.

La taille et la mauvaise qualité de l'oesophage dans ce cas, plus grand que l'estomac, a fait renoncer à une anastomose terminale sur l'oesophage. C'est pourquoi, indication actuellement exceptionnelle, a été réalisée cette cardioplastie très haut sous la veine pulmonaire.

L'amélioration a été relative. Cette malade est morte dans des circonstances familiales curieuses, cela s'ajoutant d'ailleurs à des problèmes psychiques considérables.

c) - enfin, une cardioplastie transversale, après une cardioplastie atypique extra-muqueuse, dont le résultat est moyen.

L'ensemble des résultats est donc défavorable. Bien qu'il soit plus logique de réséquer d'emblée un dolicho-mégaoesophage (observation LEVY : dans cette observation, c'était la seule ressource), on voit ici que le traitement secondairement appliqué n'apporte guère d'amélioration par rapport à la myotomie et se solde par une mortalité opératoire non négligeable.

Sur les causes exactes des échecs de la myotomie, il est difficile en fait de se prononcer, car l'étude histologique des pièces de résection n'apporte pas de résultats homogènes :

- dans un seul cas, a été mis en évidence une oesophagite ;
- dans un cas, la sclérose de la paroi oesophagienne, nous en avons vu le problème précédemment, est à l'origine de la récidive.

Mais un fait, cependant, domine la question : l'asystolie de ces volumineux mégaoesophage. La neuropathie oesophagienne semble avoir diffusé à tout l'oesophage.

4°) - Mégaoesophage associé à une autre maladie méconnue lors de la myotomie -

Il n'est pas dans notre intention ici de passer en revue les associations que nous avons pu rencontrer, mais de relever les cas où la maladie associée présente au moment de l'intervention a été ignorée, a évolué pour son propre compte et a été à l'origine de nouvelles complications.

1 - Echecs dus à un cancer méconnu.

On connaît la relative fréquence du cancer sur mégaoesophage et au cours d'un récent travail nous avons pu relever vingt-cinq cancers sur mégaoesophage. Mais nous ne retiendrons ici que les cas existant très certainement lors de la myotomie et ayant détérioré le résultat de celle-ci quelque temps plus tard.

Observation 42 -

MAR. Jean, né en 1910.

Heller le 25 février 1965, pour cardiospasme découvert à l'occasion de troubles douloureux épigastriques, avec cependant des antécédents hémorragiques (meloena).

Oesophagoscopie : le tube avait buté à 35 cm sans qu'on en trouve la cause. La conclusion de celle-ci était : oesophagite.

Les suites opératoires furent perturbées par des épisodes infectieux pulmonaires, reprise de la dysphagie et amaigrissement.

On fut conduit ainsi à une réintervention le 16 juin 1965, qui découvrit par thoracotomie un volumineux cancer bloquant le médiastin postérieur au niveau de la crosse. Cancer inextripable.

Des biopsies oesophagienne et bronchique montraient un carcinome, malpighien spino-cellulaire. Il s'agissait peut-être d'un cancer bronchique propagé à l'oesophage.

Observation 43 -

Mr DEL., 60 ans.

Mégaoesophage connu depuis quatorze ans. Oesophagoscopie impossible. Heller en janvier 1960. Il est suivi d'une amélioration partielle et brève. En juin 1960, on découvre un cancer du tiers inférieur, qui ne permet que la mise en place palliative d'un tube de Mousseau.

Cette observation nous permet de souligner l'importance de l'oesophagoscopie, qui n'a pu être malheureusement pratiquée ici.

C'est un examen complémentaire important qu'il faut pratiquer en cas d'anomalie dans les signes du mégaoesophage : modification de la dysphagie, hémorragie.

On ne peut malheureusement la recommander à titre systématique, étant donné le risque de perforation du mégaoesophage qu'elle comporte.

Observation 44 -

Mr DUF., 40 ans.

Il s'agit d'un malade ayant subi une myotomie ailleurs que dans le service en 1958, suivie d'une amélioration nette mais incomplète.

En 1959, la dysphagie s'aggrave. A une oesophagoscopie : sténose bourgeonnante à 25 cm. Le 21 septembre 1959, oesophagectomie (Torek). A l'histologie : épithélioma malpighien.

Décès au onzième jour, dans un tableau d' hémo-médiastin.

Ainsi, on aimerait trouver la solution du problème soulevé par le cancer méconnu sur méga-oesophage.

Chaque examen a ses limites. On connait celles de la radio et celles de l'oesophagoscopie. Les examens cytologiques ne sont pas formels s'ils sont négatifs et leur positivité ne peut être établie que par des gens compétents.

Nous avons eu recours à la manométrie dans un cas. Il ne s'agit pas d'un échec de myotomie, mais d'un exemple de malade vierge de toute intervention, pour qui le problème de l'association cancer-mégaoesophage se posait.

Observation

Me PIN. Andrée, 67 ans.

Dysphagie depuis avril 1964, d'abord intermittente et a débuté pour les liquides. Actuellement continue pour les solides et pour les liquides. Pas de pyrosis. Hoquet. Amaigrissement de 11 kg en trois mois.

Des clichés de décembre 1964 montrent une image de mégaoesophage de calibre modéré, avec un défilé typique. Sur un cliché,

on peut discuter une petite ulcération de l'extrémité inférieure de la partie dilatée.

Une manométrie est pratiquée le 26 janvier 1965, dont la conclusion est la suivante : mégaoesophage typique avec absence de cardiospasme permanent, absence de relaxation du sphincter à la déglutition, spasme réactionnel du sphincter inférieur de l'oesophage à la réplétion, majoration par l'acétyl-béta-méthyl-chlorure de l'activité dans le corps de l'oesophage et dans le sphincter, et contractures après l'injection de cette drogue.

La malade a été opérée le 4 février 1965 et on a eu la douloureuse surprise de constater un néo du cardia, dont on a pratiqué l'exérèse, suivie d'anastomose oesogastrique.

Sur des arguments histologiques, il est néanmoins permis de penser qu'il existait un méga-oesophage devant un épaississement très important de la musculeuse du cardia.

Voici donc un cas où aucun argument manométrique n'a permis de mettre en évidence un cancer associé au mégaoesophage.

L'association hernie hiatale - mégaoesophage -

Méconnaître une hernie hiatale lorsqu'on examine un patient atteint de cardiospasme n'est pas chose fréquente, alors qu'il nous est arrivé dans deux cas de méconnaître un cardiospasme devant une hernie hiatale et de devoir pratiquer une myotomie secondairement.

La réfection systématique des mécanismes anti-reflux après myotomie nous met à l'abri toutefois de complications secondaires qu'entraînerait une hernie hiatale passée inaperçue.

Cependant, dans un cas de myotomie pratiquée par voie thoracique (observation 24, DEC. : reflux gastro-oesophagien), voie par laquelle nous considérons qu'il est plus difficile de refaire les mécanismes anti-reflux, nous avons pu observer un échec dû à un

reflux gastro-oesophagien. Le malade fut repris par voie abdominale et l'on a dû fermer un orifice commun à l'aorte et à l'oesophage.

Signalons ici une erreur que nous avons rencontrée lorsque certains malades nous ont été adressés pour hernie hiatale secondaire à une myotomie, alors qu'il s'agissait d'une bonne hernie muqueuse.

5°) - Mégaoesophages atypiques - Intérêt de la manométrie oesophagienne -

Certains échecs de myotomies ont été observés sur des mégaoesophages qui se singularisaient par des symptômes atypiques.

Sur le plan clinique : dysphagie peu nette, avec un caractère très spasmodique ; facteurs émotionnels et psychiques au premier plan ; les regurgitations l'emportent sur la dysphagie.

Sur le plan radiologique : il existe, certes, un défilé du bas oesophage, mais le calibre oesophagien n'est pas très augmenté et est le siège de spasmes étagés.

Ces anomalies se confirment sur le plan anatomique, comme nous allons le voir dans notre premier exemple.

Observation 45 -

Me PLO., 46 ans.

Pas d'image typique de mégaoesophage, mais signes de spasmes.

Heller par voie adbominale en 1954, au cours duquel on note un épaississement de la musculeuse à 4 ou 5 cm du cardia, plus haut que normalement. L'histologie de la pièce de myectomie montre une musculeuse normale et de nombreux filets nerveux périoesophagiens.

Le sujet est amélioré pendant deux ans.

En 1959, réintervention pour reprise de la dysphagie (déclenchée par des contrariétés). Myectomie jusqu'à la crosse par thoracotomie. On retrouve une zone musculaire scléreuse au sommet de la myotomie précédente. Section d'une cicatrice scléreuse vers le cardia. On élargit également un orifice hiatal qui paraissait trop étroit. Histologiquement, filets nerveux petits et atrophiques sans cellules ganglionnaires, avec mêmes constatations sur le haut et le bas de la pièce.

Bon résultat (++).

Les constatations cliniques, radiologiques et opératoires prouvent qu'on sort dans cette observation du cadre habituel du mégaoesophage.

Il semble que les lésions soient plus étagées qu'habituellement, le caractère dyskinétique clinique et radiologique étant à souligner.

D'autre part, les signes habituels du mégaoesophage avec épaississement de la musculeuse sont situés plus haut que fréquemment, ce qui explique à la fois l'échec de la première myotomie, n'atteignant pas le sommet de la zone musculaire scléreuse et le succès de la myotomie étendue cette fois jusqu'à la crosse.

C'est pourquoi nous avons essayé dans de tels cas de prévoir le siège et l'étendue de la zone oesophagienne sur laquelle doit porter la myotomie. Guidés déjà valablement par le radio-cinéma sur la hauteur de la sténose, le siège des contractures maxima, nous avons pensé que l'enregistrement manométrique des contractions oesophagiennes pourrait nous aider dans la conduite thérapeutique : jusqu'où fallait-il pratiquer la myotomie dans le thorax ? Y avait-il certaines indications à la voie thoracique préférentiellement ?

Afin d'avoir un point de comparaison valable dans cette étude manométrique, nous avons pratiqué parallèlement ces examens chez des porteurs de mégaoesophage typique avant toute intervention, puis sur des mégaoesophages présentant des atypies dyskinésies), et enfin sur des échecs de myotomies correctement exécutées, qu'il s'agisse au départ de cardiospasme avec ou sans atypie.

Dans chaque cas, il s'agissait d'essayer de déterminer une zone, son siège et son étendue, où les signes de spasme (permanent ou provoqué) sont maxima et sur laquelle on pouvait espérer agir chirurgicalement le plus précisément.

Sur une quinzaine d'observations, nous allons essayer de dégager quelques types d'enregistrement et leur valeur d'orientation chirurgicale.

Premier cas -

Mr ALL. Maurice, 36 ans.
Mégaoesophage typique, avec début d'aspect en chaussette. Dysphagie pour les liquides depuis quatre ans.
Manométrie :

- signes déficitaires :
  abolition du péristaltisme,
  perte de la relaxation du sphincter inférieur,
  diminution de l'amplitude des ondes.
- signes d'hyper-excitabilité :
  mécaniques : cardiospasme réactionnel,
  oesophagospasme réactionnel affirmé par la tendance aux regurgitations.
  chimiques : acétyl-béta-méthylcholine sensibilise les spasmes réactionnels, les déplace vers le haut et provoque de grandes contractions caractéristiques.

En conclusion, dans cette épreuve, seul l'acétyl-béta-méthyl choline nous indique un certain déplacement vers le haut des réactions alors que le reste des réactions se situe dans les régions sphinctériennes à distance habituelle.

Un radio-cinéma montrait également, avec cette drogue, quelques anneaux de contractures à 5 cm au-dessus du cardia.

Compte-rendu opératoire du 4 novembre 1965 : on trouve une zone atrophique de musculeuse oesophagienne au-dessus du cardia et au-dessous d'une zone dilatée à la musculeuse épaissie. Libération d'un anneau vasculaire au niveau du cardia.

Résultat excellent.

En conclusion, il ne semble pas y avoir de parallélisme entre les constatations opératoires habituelles quant au siège et à l'étendue des lésions et les constatations manométriques, voire cinématographiques sous modificateur.

Deuxième cas -

Me LEG.

Cardiospasme typique, avec cependant quelques signes de reflux gastro-oesophagien. Manométrie le 11 novembre 1965 : diagnostic de mégaoesophage probable, mais prêtant à discussion.

- En faveur du méga :
  a) - des signes de déficit,
  faiblesse des ondes du corps de l'oesophage,
  perte de la chronologie péristaltique.
  b) - des signes d'hyperexcitabilité chimique,
  réponse typique à l'acétyl-béta-méthylcholine.
- Contre le méga :
  l'absence d'achalasie et de cardiospasme réactionnel.

Si c'en est un, tenir compte du niveau très haut de la réaction motrice par rapport au cardia, ce qui pourrait inciter à faire une myotomie longue. Pas de signes de hernie hiatale. Un radio-cinéma montre un aspect de cardiospasme habituel avec mégaoesophage, de discrètes ondes péristaltiques.

Une myotomie est pratiquée le 12 février 1966, par voie abdominale : orifice hiatal normal,
pas d'aspect atypique de l'oesophage.

Le résultat est bon, quoiqu'entaché de petites brûlures résiduelles.

En conclusion, pas plus que dans l'observation précédente, les constatations opératoires habituelles ne confirment l'hypothèse donnée par la manométrie des lésions oesophagiennes situées plus haut que normalement. Histologiquement, d'ailleurs, l'épaississement de la musculeuse ne dépassait pas la région cardiale.

Troisième cas -

Me PCM., 42 ans.

Volumineux mégaoesophage en chaussette, associé à une lithiase vésiculaire.

Manométrie le 20 mars 1965.

C'est un mégaoesophage :

- perte du péristaltisme,
- absence d'ondes après déglutition et après réplétion dans le corps de l'oesophage,
- achalasie (perte de la relaxation du sphincter),
- réaction typique à l'acétyl-bé a-méthylcholine :
  - . crampes reproduisant les douleurs spontanées au début de l'évolution,
  - . contractures remontant très haut : jusqu'à 29 cm au moins.

Résultats atypiques en partie, parce que :

1°) la topographie par rapport au diaphragme est imprécise et variable. Peut-être est-ce à cause de la chaussette ?

2°) la recherche du cardiospasme réactionnel est négative à presque toutes les tentatives.

On démontre à coup sûr l'inversion de la réaction à la réplétion (augmentation de pression au lieu de relaxation), mais la pression ne s'élève qu'à deux reprises au-dessus de la pression dans le corps de l'oesophage.

Ce fait est à rapprocher de l'absence d'ondes avant acétyl-béta-méthylcholine : à ce stade, les signes de déficit (tracé plat, achalasie) sont plus importants que les signes d'hyperexcitabilité mécanique.

Compte-rendu opératoire du 24 mars 1965 : Heller et cholecystectomie. 2 cm au-dessus du cardia, on trouve une zone apparemment sténosée, avec au-dessus une zone oesophagienne dilatée et à musculeuse épaissie.

Bon résultat. Quelques brûlures épigastriques et rétrosternales persistent cinq à dix minutes après les repas.

En conclusion : contractures remontant jusqu'à 29 cm en manométrie. Faut-il les rapprocher de la constatation opératoire d'une sténose un peu plus élevée que normalement ?

Quatrième cas -

Mr ARZ. Louis, 63 ans.
Mégaoesophage clinique et radiologique habituel.
Manométrie le 10 novembre 1965. Le diagnostic ne peut être affirmé :

- en faveur du méga :
  les signes du corps de l'oesophage, tracé pratiquement plat,
  l'absence de cardiospasme permanent,
  l'achalasie,
  et le cardiospasme réactionnel.
- contre le méga :
  le niveau de la sténose anormalement haut (5 cm au-dessus du cardia)
  et l'échec de l'agent pharmacodynamique.

Compte-rendu du 12 novembre 1965 : mégaoesophage typique, myotomie. Dans ce cas, la manométrie non seulement n'a été d'aucun secours dans l'indication opératoire, mais encore émettait des réserves vis-à-vis d'un diagnostic qui paraissait certain.

Cinquième cas -

Observation 46 -

Me CHA., 47 ans.
Il s'agit ici d'un échec de myotomie. Le but de cette manométrie a été de rechercher une région anormalement haute de spasmes responsables de l'échec ou sinon de déceler la persistance d'une activité musculaire dans la région sphinctérienne.

Myotomie en novembre 1963 chez une grande psychopathe. Echec ayant été traité par dilatation.
Manométrie alors pratiquée. On trouve les principaux signes du mégaoesophage idiopathique :

perte du péristaltisme,
perte de la relaxation des sphincters inférieurs,
absence de cardiospasme permanent,
présence du cardiospasme réactionnel au versant supérieur du sphincter cardial, mais ce spasme n'a pas le caractère soutenu qu'il a d'habitude.

Epreuve à l'acétyl-béta-méthylcholine : réponse positive, mais seulement du premier degré ; effet sécrétoire, mais pas d'effet excito-moteur direct et on ne réveille pas les crampes. Il semble donc ici qu'il y ait persistance d'une activité sphinctérienne.

Malheureusement, et nous aurons l'occasion d'en parler au chapitre de la thérapeutique des échecs par dilatation, lors d'une séance de dilatation, il y eut perforation oesophagienne et ce méga-oesophage dut être réséqué dans des circonstances que nous reverrons ultérieurement. La myotomie s'étendait sur 5 - 6 cm, mais semble s'arrêter au bord supérieur du cercle des vaisseaux du cardia.

Donc, dans cette observation, les constatations opératoires et les interprétations manométriques sont discordantes, car il semble persister une certaine activité sphinctérienne du versant supérieur, alors que la myotomie semblait n'être pas assez étendue vers le bas.

Sixième cas -

Observation 47 -

Me HAL., née en 1903.

Il s'agit d'une observation de diagnostic incertain. La malade se plaignait essentiellement de regurgitations, beaucoup plus que de dysphagie.

Elle subit dans un autre service une oesophagoscopie qui se compliqua de perforation. Au cours de cette oesophagoscopie, le tube fut bloqué à 7 cm de la bouche pharyngo-oesophagienne par une masse arrondie non saignante. Une biopsie fut pratiquée, qui révéla qu'il s'agissait de tissu adipeux avec formation ganglionnaire lymphoïde. Cette perforation guérit sans intervention chirurgicale.

Admise alors au service. Ses radios montraient essentiellement des troubles dyskinétiques de l'oesophage et une ébauche de diverticule pharyngo-oesophagien. Une myotomie, avec résection d'une bande, par voie abdominale fut pratiquée le 15 février 1961 dans le service. La biopsie oesophagienne montrait des formations musculaires nodulaires et une hypertrophie plexiforme des filets nerveux.

La malade subit deux mois plus tard (le 26 avril 1961) une exploratrice par cervicotomie pour diverticule pharyngo-oesophagien qui ne fut pas trouvé.

En avril 1966, cette malade subit par voie thoracique une myotomie étendue jusqu'à la crosse, mais ce fut un échec, car des regurgitations importantes continuaient à se produire.

Elle fut reprise par voie abdominale en mai 1966, aussi bien dans l'hypothèse d'un Heller insuffisant la première fois que pour agir sur un pylorospasme éventuel (en faveur duquel on relevait des regurgitations avec liquide gastrique). Malheureusement, la malade mourut dans un tableau d'encombrement pulmonaire avec fausses routes.

L'étude histologique de la pièce necropsique confirma la présence de nodules musculaires de l'oesophage et de filets nerveux hypertrophiques. Cette dernière constatation évoque une dyskinésie sévère étendue à tout l'oesophage, avec troubles finaux de la déglutition.

Nous sommes donc en présence d'un cas litigieux, où la conjugaison des différentes explorations cliniques, radiologiques, cinématographiques, endoscopiques et manométriques, ne parvint pas à emporter la conviction en faveur de l'un ou l'autre diagnostic : mégaoesophage, dyskinésie.

En conclusion générale, il semble que les résultats de la manométrie oesophagienne appliquée aux indications chirurgicales de la myotomie quant à son siège et à son étendue soient encore assez contradictoires et que ce fil d'Ariane soit bien ténu. Il existe sans doute, mais ses renseignements demandent probablement une expérience plus longue, une interprétation très subtile.

IV - LES DEDUCTIONS THERAPEUTIQUES

Après avoir envisagé les causes des échecs et analysé dans chacune de celles-ci les différentes observations avec leur traitement propre, nous allons essayer de préciser la valeur de ces réinterventions et de dégager les règles qui président aux indications des réinterventions.

Il est inutile de préciser que notre attitude a pu se modifier au cours de notre expérience et que certains types d'interventions ont été abandonnés.

C'est ainsi que la technique de Sweet et celle d'Allison ont été abandonnées au profit des anastomoses continentes décrites par FEKETE et le Professeur LORTAT-JACOB.

Bien que nous n'ayons en vue dans ce travail que le traitement chirurgical des échecs, nous ne pouvons passer sous silence le problème des dilatations, pour en signaler les dangers, et souvent l'inefficacité.

- Un certain nombre de malades qui ont été étudiés précédemment ont été dilatés :

1 - Observation 31, GIR.

Heller en 1949 (octobre). Cardioplastie en novembre 1949. Echec. Infiltrations lombaires en 1951 : un peu d'amélioration, puis dilatations en 1952-53, mais qui entraînent des sensations de spasmes, puis des regurgitations.
Le malade a été opéré en 1954 pour oesophagite.

2 - Observation 19, MAS.

Heller en 1950 par voie thoracique.

Résection Sweet en 1953 pour une fibrose considérable autour du cardia, mais persistance de regurgitations glaireuses.

Dilatations, mais apparition de signes d'oesophagite hémorragique.

3 - Observation 22, SAB.

Heller en mai 1946.

Cardioplastie en février 1948 par voie thoracique.

Oesophagite hémorragique et sténosante.

Dilatations : échec.

Résection anastomose (Allison) en janvier 1951.

4 - Cette dernière observation surtout a pour but de montrer le risque de perforation des dilatations, risque aisément compréhensible étant donné la possibilité de fausses routes, surtout dans les méga très dilatés et la fragilité de la paroi, surtout dans l'aire de la myotomie ou de la hernie muqueuse.

Observation 46, CHA. (47 ans) -

Ce cas a déjà été étudié par ailleurs à propos des manométries oesophagiennes.

Heller pratiqué ailleurs en novembre 1963 pour méga-oesophage chez une grande psychopathe. Echec.

Dix-huit séances de dilatations ; perforation le 3 octobre 1964. La malade est adressée dans le service au huitième jour avec pneumo-médiastin et épanchement pleural droit.

On intervient alors. Thoracotomie. Oesophage très dilaté, gangue de médiastinite relativement importante. Débris purulents floconneux dans la plèvre et le médiastin. On libère l'oesophage et on note que la myotomie est étendue sur 5 - 6 cm, avec bonne expansion de la muqueuse, mais semble s'arrêter au bord supérieur du cercle des vaisseaux du cardia, dont on retrouve la ligature sous forme d'un long fil de lin. La perforation à l'emporte-pièce, d'un diamètre d'un crayon, siège à l'extrémité supérieure de la muqueuse ainsi dénudée.

Etant donné l'intensité des remaniements médiastinaux et le fait que la perforation siège dans le thorax, ajouté à

l'échec du Heller précédemment effectué, on préfère faire une résection plutôt qu'une suture simple. Pyloroplastie. Anastomose continente.

Bon résultat.

1°) - La myotomie itérative -

Nous en avons parlé longuement à propos des réinterventions pour malfaçons.

Nous en avions conclu que nous la pratiquions presque systématiquement devant un échec non compliqué chez un malade vu en deuxième main ; que nous avions choisi la voie abdominale.

Mais il est toujours possible de changer le malade de position si l'on doit recourir à la voie thoracique (observation 19, MAS.), ce qui n'a été nécessaire qu'une seule fois.

L'abord thoracique a été choisi dans un cas (observation 16, Me ARG.), car la présence d'une hernie muqueuse nous faisait croire que la myotomie était suffisante dans l'abdomen ; or, même dans ce cas, il n'en était rien.

Par ailleurs, nous avons eu l'occasion de pratiquer des myotomies itératives dans d'autres circonstances :

- dans un cas personnel, à la suite d'échec par reflux oesogastrophagien (observation 25, PLI.), nous avons associé une myotomie itérative à la reconstitution des mécanismes anti-reflux. En effet, la première myotomie avait été pratiquée par voie thoracique et la myotomie itérative n'avait d'autre but que de consolider la première, profitant d'une exposition meilleure et différente.

- Nous avons eu aussi l'occasion de reprendre par thoracotomie une myotomie étendue vers le thorax jusqu'à la crosse aortique, pour un cardiospasme inhabituel avec signes de dyskinésie, et nous avons vu les difficiles problèmes que ce cas a soulevés (observation 47, Me HAL.).

- Dans le même cadre, myotomie itérative (observation 45, PLO.), cette fois avec succès, pour des signes inhabituellement haut situés d' "oesophagospasmes".

Ainsi, les myotomies itératives sont assez largement indiquées et dépassent le cadre des malfaçons.

Dans deux cas de sténose de la bouche de cardioplastie (Heyrowski), il semble qu'une myotomie itérative aurait suffi, car le cardia était celui d'un cardiospasme indemne d'oesophagite. C'est un argument supplémentaire en faveur de la myotomie itérative.

En résumé : 21 myotomies itératives.

- 18 pour malfaçons
  - 11 excellents résultats,
  - 3 résultats moyens,
  - 1 dégénerescence probable,
  - 1 cas non suivi,
  - 2 échecs qui ont dû être réséqués,
  - 1 échec réopéré (Thal).
- 1 pour reflux gastro-oesophagien, associée à une réfection de l'angle de His, à la suite d'une myotomie par voie thoracique :
  - 1 excellent résultat.

- 2 pour cardiospasmes "atypiques" :

. 1 myotomie itérative étendue par voie thoracique, avec — 1 échec ( )

. 1 myotomie, reprise par voie thoracique, — 1 excellent résultat.

Ainsi, les seules myotomies itératives abusives sont celles qui ont été pratiquées pour des échecs avec myosite intersticielle : nous en avons parlé, et l'une de celles qui ont été pratiquées pour cardiospasme atypique.

2°) - Les résections oeso-gastriques -

Nous avons eu l'occasion d'en pratiquer 20.

Il s'agit d'interventions majeures, appliquées à une affection bénigne, c'est dire qu'elles n'ont été pratiquées le plus souvent en dernier recours, qu'après échec de plusieurs interventions ou pour une complication grave.

- après deux myotomies, dans 4 cas ;
- après myotomie et cardioplastie, dans 6 cas.

Leurs indications sont variables.

a) - Le reflux gastro-oesophagien,
avec oesophagite, avec ou sans ulcère, dans 11 cas.

Mais il faut préciser de suite que, dans 6 cas, une cardioplastie avait été pratiquée auparavant, à la suite d'échec de myoto-

mie, et il faut également, parmi ceux-ci, réserver une place un peu particulière aux sténoses d'anastomose oeso-gastrique sans oesophagite étendue (deux cas).

b) - Les sclérоses oesophagiennes, dans 4 cas.

- 2 résections après échec de myotomie itérative. Nous avons eu l'occasion de souligner la présence d' une myosite du sphincter lors de la myotomie itérative et son caractère évolutif, qui a conduit à un nouvel échec.

- 2 résections après échec de la première myotomie, devant la fibrose considérable du cardia.

c) - Les dolicho-mégaoesophages.

5 cas, qui ont dû être réséqués après échec d'une myotomie dont la cause semble être l'asystolie oesophagienne. Nous avons vu le difficile problème de l'indication opératoire devant un dolicho-mégaoesophage avec siphon.

d) - Une résection pour une perforation oesophagienne, après dilatation d'une myotomie insuffisante.

La technique opératoire a varié au cours de l'expérience.

- La résection avec exclusion gastrique (Allison I) a été pratiquée trois fois (1950 et 1951). Le reproche principal adressé à cette intervention, à savoir le risque de dénutrition, n'a pas à être fait aux cas qui nous intéressent puisque le résultat a été bon dans 2 cas avec un recul de plus de quinze ans, et dans un cas une prise de poids de 30 kg en huit ans.

- La résection avec oeso-gastrectomie polaire supérieure de Sweet a l'avantage de réduire la zone acido-sécrétante, si elle n'évite pas toujours le reflux gastro-oesophagien;

Elle a été pratiquée 7 fois.

Elle nous a donné 3 bons résultats et 2 échecs : un décès post-opératoire et un décès six mois plus tard sans rapport.

Les échecs, essentiellement dus à la persistance de brûlures et à l'oesophagite, ont conduit à la recherche d'un moyen permettant d'éviter le reflux gastro-oesophagien.

C'est ainsi qu'apparut l'anastomose continente, décrite par LORTAT-JACOB et FEKETE. Nous en avons 8 cas :

5 bons résultats sont à noter,

1 décès un an plus tard, sans rapport,

1 résultat moyen chez une malade porteuse d'un mégaoesophage d'une asystolie inaccoutumée,

1 résultat moyen chez une psychopathe.

- Cependant, si l'on considère l'ensemble des résections sur un total de 19 résections (un dossier est incomplet), on obtient :

13 résultats favorables	68 %
2 dossiers inclassables (décès sans rapport avec l'intervention)	11 %
4 résultats défavorables	21 %

- Les meilleurs résultats sont obtenus avec un montage du type continent : 7 résultats favorables sur 8.

- La mortalité opératoire : 2 morts sur 20 résections, soit 10 %,

alors que nous n'avons qu'un seul décès pour les myotomies itératives (il s'agissait d'ailleurs d'un cardiospasme très atypique) sur 21, c'est-à-dire une mortalité inférieure à 5 %.

Se reporter au tableau général sur les résections pour mégaoesophages à la fin de ce travail.

3°) - Les autres interventions pratiquées -

Après avoir vu que nous avions pratiqué :

21 myotomies itératives,

20 résections,

certains patients qui ont subi :

a) - dans trois cas de cancers secondaires :

. une oesophagectomie avec décès post-opératoire,

. une intubation palliative,

. une thoracotomie exploratrice.

b) - une réintervention pour sténose médiogastrique : libération gastrique et pyloroplastie (observation 35, SCH.).

c) - une réintervention pour sténose du passage hiatal (observation 21, BCT.).

d) - dans un cas de reflux gastro-oesophagien (observation 24, DEC.), réfection des piliers et de l'angle de His.

e) - dans deux cas, une cardioplastie comme traitement définitif après échec de la myotomie.

Dans une observation (36, RUE.), la myotomie était en fait très atypique, véritable cardioplastie extra-muqueuse et le résultat définitif est bon.

Dans une observation, où la taille du mégaoesophage (plus gros que l'estomac : observation 40, FCU.) avait fait redouter une anastomose terminale sur l'oesophage, la cardioplastie a été pratiquée haut sous la veine pulmonaire. Le résultat a été un échec.

Ces indications exceptionnelles ne nous font pas revenir sur l'opinion que nous avons de ces interventions, ainsi que nous la formulions au chapitre des oesophagites.

f) - enfin, dans un cas (observation 10, ALC.), une opération de Thal dut être pratiquée. Rappelons que Thal lui-même exécute ce type d'intervention sur des mégaoesophages non encore opérés jusque là. L'avenir nous dira si cette intervention peut être proposée avec bénéfice, au moins dans certains échecs de Heller (sténose peptique par exemple).

C O N C L U S I O N S

I - Nous présentons quarante-sept dossiers de malades qui ont subi une réintervention après échec d'un Heller.

Sur les trois-cent-quarante-cinq mégaoesophages opérés dans notre pratique, on compte dix-sept malades réopérés.

Les échecs sont dus essentiellement :

- à des oesophagites (six, dont cinq au début de notre expérience),
- à des dolicho-mégaoesophages, surtout avec siphons (cinq).

Les autres dossiers concernent des malades de deuxième main : trente, dont les causes d'échecs sont :

- avant tout, des myotomies insuffisantes : dix-huit,
- et des oesophagites : huit.

II - Les réinterventions.

1°) - Vingt-et-une myotomies itératives,
dont dix-huit pour myotomie insuffisante.

Les résultats de ces myotomies itératives sont satisfaisants, puisque l'on enregistre onze excellents résultats (61 %), avec un recul moyen de huit ans.

Les échecs : quatre (22 %),

dont deux présentent une particularité notable : une sclérose de la paroi oesophagienne, constatée histologiquement lors de la myotomie itérative.

Ces résultats confirment le bien-fondé de notre attitude en cas d'échec presqu'immédiat d'une myotomie pratiquée ailleurs : nous pratiquons par voie abdominale une myotomie itérative. Dans deux cas seulement, la myotomie n'a pu être effectuée et le mégaoesophage a dû être réséqué.

2°) - Les résections (nous en avons pratiqué dix-neuf) ont des résultats qui varient avec leurs indications.

Dans l'ensemble, nous trouvons treize résultats favorables.

Mais les échecs ou les résultats moyens surviennent surtout s'il s'agit d'un dolicho-mégaoesophage, et là nous nous heurtons au problème le plus ardu constitué dans les formes les plus avancées de la maladie, où préside la neuropathie de la totalité de l'oesophage.

C'est pourquoi on ne peut que conseiller une intervention précoce dans le traitement du mégaoesophage.

- MYOTOMIES INSUFFISANTES -

	Ier traitement	Ier Heller				Durée amélioration	Complications	Délai	Aspect radiologique avant réintervention			Aspect radiologique particulier avant réintervention	Date	Voie d'abord		Réintervention							Qualité du résultat	Recul	Observations	Réintervention	Résultat	Psychisme
		voie abdominale	thoracotomie	année	réfection His			entre le Heller et la réintervention dans le service	° de dilatation	dolicho-maga-oesophage	poche à air			abdominale	thoracique	Insuffisance de la Myotomie			Sclérose									
																vers le haut	vers le bas	profondeur	plaie muqueuse	perioesophagienne	paroi oesophage							
DEC.	dilatations	+		I953		0		I an	+++				I954	+		+							+++	I3 ans				
PIE.	résection des splanchniques	+		I944		quelques mois	brûlures	I0 ans	+			petite niche sur le bord gauche de l'oesophage	I954	+						+++		+	I3 ans	brûlures persistantes			
MIL.		+		I942		2 ans		I2 ans	++			aspect sténosé et irrégulier du bas oesophage	I954	+						+++	+++	0		Résection en I959	Résection en I959	++	
PHO.		++		I944 I953		2 ans		7 ans	++		oui		I955	+				+		+++		+++	I2 ans				
FUS.		+		I950		0	reflux gastroesophagien oesophagite	5 ans	++				I955	+						++ anneaux sous phéniques		+++	I2 ans				
BRU.		+		I954		0		I an	+		oui		I955	+		+	+	+		++		++	I2 ans				
FOI.		+		I945		0		I2 ans	+++	oui		long défilé cardial	I957	+		+		+		+++	histologie 0	+++	I0 ans				
FAB.		+		I957		I mois		I an	++		oui		I958	+				+		++		+++	9 ans				
PRO.		+		I945				I5 ans	+++				I960	+		+		+		++	histologie 0	++		Néo en I965 ?			
ALC.		+		I950		0		I0 ans	+++				I960	+		+		++	+ ?	++ (gastrique)	histologie 0	0 (5 ans)			Thal pyloroplastie en I966	±	+
GIR.		+		I946		0		I6 ans	+++	oui			I962	+		+		+		++ (gastrique)	histologie sclérose	0 (2 ans)			Résection en I964	++	
MON.	dilatations	+	+	I962 I962		0		I an					I963	+		+			+	++		?					
LAM.	dilatations	+		I960		2 ans		3 ans					I963	+		+	+		+		histologie 0	+	4 ans				+
GER.		+		I956		3 mois		8 ans					I964	+		+				++ (gastrique)		+++	3 ans				
MAR.		+		I964	oui	0		3 ans	++				I966	+		+		+		++ (gastrique)	histologie sclérose	+	I an				+
ARG.		+		I96I		0		5 ans	++			dyskinésie hernie muqueuse	I966		+	+				+		+++	I an				
TRO.		+		I950		I2 ans		I5 ans	+++	oui			I965	+		+	+		+	++		+++	2 ans				
ZAD.		+		I935		± 20 ans		29 ans	+++	oui			I964	+		+	+		+	+++	histologie 0	+++	3 ans				

- OESOPHAGITES DE NOTRE STATISTIQUE

	DATE DU HELLER	VOIE D'ABORD		FERMETURE DE L'ANGLE DE HIS	DUREE AMELIORATION	AUTRE TRAITEMENT	OESOPHAGITE COMPLIQUEE		TRAITEMENT DE L'OESOPHAGITE	RESULTAT	DECES	OBSERVATIONS
		ABDOMINALE	THORACIQUE				HEMORRAGIES	ULCERES				
SAB. obs. 22	I946	+		? Non probable	2 mois	Cardioplastie en I948 Voie thoracique	+		Dilatation puis Allison en I95I	++ (+ 30 kgs)		
DEC. obs. 23	I949	+		? Non probable	+ I4 ans −				Résection Anastomose continente en I963	++	Décès I an plus tard encéphalite ?	
DEC. obs. 24	I950		+	Non	4 ans				Fermeture hiatus et His en I954	+		
PLI. obs. 25	I95I		+	Non	2 ans				Myotomie itérative Fermeture His et piliers en I954	++ (+ 20 kgs)		Heller insuffisant + reflux
VER. obs. 26	I95I	+		Non	5 ans		+	+	Sweet en I96I	++	Décès 6 mois plus tard, sans rapport	
FOD. obs. 27	I96I	+		Oui	2 ans		+	+	Résection Anastomose continente en I965	++		Pas d'explication précise

- Oesophagites des malades de IIè main -

	Ier Heller	Résultat	2ème intervention	Résultat et complication	Complication			Traitement dans le service	Résultat	Recul	Nouvelle intervention	Observations
					reflux non compliqué	hémorragies	ulcère					
Mul. (obs. n°28)	I943	amélioré 2 mois	cardioplastie en I948	0			+	Résection Sweet en avril I949	0 reprise de l'oesophagite		oesophagoplastie préthoracique jéjunum en I949	va bien
DED. (obs. n°29)	I948	amélioré I mois	cardioplastie en I949	amélioré 6 mois			+	Résection Sweet en I957	++ (quelques brûlures)	I0 ans		ulcère au contact de l'anastomose mais cardia souple
GAU. (obs. n°30)	avril I948	0	cardioplastie en sept. I948	0	+			Résection en avril I949	décès un an après sans rapport			
GIR. (obs. n°3I)	I949	± quelques mois	cardioplastie en I949	± quelques mois	+			Résection en juin I954 Allison II	++ (dumping transitoire)	I3 ans		pièce rétrécie mais cardia encore souple
LER. (obs. n°32)	février I950	0	cardioplastie en mai I950	hémorragies brûlures		+		Allison I en octobre I950	++ (dumping passager)	I7 ans		
PEL. (obs. n°33)	I934	brûlures aspect de sténose médiogastrique	2è Heller en avril I956 adhérences +++ 2 plaies muqueuses réfection His	hématémèse (I.200.000 R.) I0 jours après pylorospasme		+++	+	Résection Sweet en novembre I956 (coulée de sclérose ++)	+++	II ans		oesophagite liée à un pylorospasme après Héller itératif
LEO. (obs. n°34)	I959	amélioré I an	2è Heller le I3 novembre I964 sclérose périoesophagienne +++	fistule oesophagienne aspect de sténose pylorique	+ (alimentaire)			Résection Sweet en mars I965	+ un peu de reflux et dumping	2 ans		oesophagite pylorospasme
SCH. (obs. n°35)	I964 (His refait)	amélioré 6 à 7 mois mais vomissements sténose médiogastrique			+ (alimentaire)			en aout I966 pyloroplastie libération d'un volvulus gastrique	+++	I an		

	Durée troubles avant Heller	Aspect Rx	Myotomie	Résultats histologiques	Durée amélioration	Reprise de la dysphagie	Complications	Aspect Rx secondairement	Oesophagoscopie	Réintervention	Histologie II	Résultats	Observations - CONclusions
Cab. obs. 37	I6 ans	dolicho <u>siphon</u>	juillet I955 oesophage gros comme un colon	musculeuse circulaire = un CM mais normale	0	non	Vomissements meloena	Pyloro spasme	muqueuse normale flasque	Résection en octobre I955 Sweet difficile hémorragique	muqueuse non hémorragique	décès post opératoire	Retenir <u>pylorospasme</u> peu d'oesophagite
MEC. obs. 38	20 ans ?	dolicho <u>siphon</u>	juin I952		3 ans	oui (facteur émotif)	meloena	siphon plus accusé		Allison I mars I957 difficile hémorragique	muqueuse hémorragique	décès post opératoire	<u>Oesophagite de stase</u> semble à retenir
BAS. obs. 39	I8 ans	dolicho <u>siphon</u>	avril I958 Rupture accidentelle oesophage suturé		plus ou moins gêne par oppression thoracique	±	sensation d'étouffement (volume du mega)	siphon identique plus poche à air	aspect normal	Résection anastomose continente novembre I958	pas d'oesophagite	amélioration relative ±	a dû subir pyloroplastie en I959 gastrotomie exploratrice en I965 pour suspicion de sténose En fait : <u>asystolie totale oesophage.</u>
FOU. obs. 40	20 ans ?	dolicho énorme	février I948 plaie muqueuse		6 mois	oui		dilatation a un peu diminué quelques ondulations		oesophage plus gros que l'estomac Heyrowski juin I95I sous la veine pulmonaire		± décès en I956	décès dans un état <u>cachectique</u> expliqué par un contexte psychique et familial mais pas d'oesophagite ni dysphagie réelle
RUE. obs. 36	4 ans	dolicho siphon	myotomie atypique janv. I94I voie sous pleurale		amélioré II ans	oui		augmentation du siphon		oesogastrostomie transversale mars I957		+	quelques brûlures en position couchée <u>myotomie peut-être insuffisante</u>
GIR. obs. II	2 ans	dolicho siphon	myotomie en I946 résultat 0 myotomie itérative juillet I962	sclérose paroi oesophage	amélioré 2 ans	oui	brûlures	identique		Résection anastomose continente octobre I964	oesophage rétracté sclérosé induré mais pas d'oesophagite	++	malade étudié avec les myotomies insuffisantes repris ici pour le comparer avec la série des siphons <u>sclérose paroi oesophagienne</u>
NIC. obs. 4I	I0 ans	mega oesophage très important	myotomie en I953	paroi oesophagienne normale	amélioré 3 mois	non	cachexie nervosité	dolicho mega énorme		Résection anastomose continente décembre I960		±	pas de dysphagie mais <u>maigreur fatigue, nervosisme</u> Recrudescence des troubles avec les périodes de la vie génitale
LEV.		dolicho siphon	gastrostomie en I925							Resection d'emblée 22 avril I959 myotomie impossible	sclérose sous-muqueuse conjonctif péricesophagien largement sclérosé	décès post opératoire cirrhose	Ce cas n'entre pas dans le cadre du travail. Utilisé comme élément de discussion.

RESECTIONS POUR MEGAOESOPHAGE

	PREMIERE INTERVENTION	AUTRE INTERVENTION	ETIOLOGIE	RESECTION	RESULTATS	REMARQUES	AUTRE INTERVENTION
GIR. II	Heller abdominal en I946	Heller itératif en juil. I962	Sclérose oesophagienne	Résection anastomose continente en octobre I964	Bon résultat		
MIL. 3	Heller abdominal en I942	Heller itératif en I954	Myosite sphincter	Résection anastomose continente en I959	Très bon résultat		
BRU. 6	Heller en I936	Réintervention blanche en I963	Fibrose du cardia	Résection anastomose continente le I7 juil. I963	Très bon résultat		
MAS. I9	Heller thoracique en I950		Fibrose considérable du cardia	Résection Sweet en I953	Résultat médiocre	Disparition dysphagie, mais régurgitations hémorragiques	
VER. 26	Heller en I95I		Ulcère oesophagien	Résection Sweet en I96I	Décès 6 mois plus tard, accident respiratoire		
DEC. I	Heller abdominal en I949		Oesophagite	Résection anastomose continente en novembre I963	Décès un an plus tard (encéphalite ?)		
SAB. 22	Heller abdominal en I946	Cardioplastie en I948	Oesophagite	Résection Allison en I95I	Bon résultat	Dumping pendant quelques mois - + 30 kg en I959	
LER. 32	Heller en février I950	Cardioplastie en mai I950	Sténose anastomose	Résection Allison en oct.I950	Bon résultat	Dumping pendant quelques mois	
GIR. 3I	Heller en octobre I949	Cardioplastie en nov.I949	Sténose anastomose	Résection Allison II en juin I954	Bon résultat		
GAU. 30	Heller en avril I948	Cardioplastie en sept.I948 Phrénicectomie en janvierI949	Persistance dysphagie Oesophagite ?	Résection en I949. Montage ?	Décès - Etiologie indéterminée.		
DED. 29	Heller en I948	Cardioplastie en I949	Oesophagite - Ulcère	Résection Sweet en I957	Bon résultat	Encore quelques brûlures	
MUL 28	Heller en I943	Cardioplastie en I948 Phrénicectomie en I949	Oesophagite - Ulcère	Résection Sweet en I949	Echec	Reprise de l'oesophagite	Oesophagoplastie prétho-racique en I949 - Très bon résultat
PEL. 33	Heller en I934 Deuxième Heller en avril I956	Pyloroplastie en mai I956	Oesophagite - Ulcère aigu	Résection Sweet en oct. I956	Très bon résultat		
LEO. 34	Heller en I959	Heller itératif en nov. I964	Fistule oesophagienne - Sténose pylorique, reflux gastro-oesophagien	Résection Sweet en mars I965	Très bon résultat		
CAB. 37	Heller en juillet I955		Oesophagite par stase.Siphon	Résection Sweet en déc. I955	Décès post-opératoire	Complications respiratoires	
MEC. 38	Heller en I952		Oesophagite - siphon	Résection cardia limitée (voie abdominale)Allison en I957	Décès post-opératoire	Accident anti-coagulant	
BAS. 39	Heller en avril I958		Reprise troubles - siphon	Résection anastomose continente en avril I958	Améliorée 4 mois, jusqu'en novembre I958	Pylorospasme - Pylorotomie	Va bien pendant 7ans Réintervention le 9 février I965,poche diverticulaire laissée en AR de l'anastomose
CHA. 46	Heller en nov. I963	Dilatations	Perforation	Résection en I964. Anastomose continente	Bon résultat		
FOD. 27	Heller en I96I		Ulcère de l'oesophage	Résection anastomose continente en I965	Bon résultat	Persiste un peu de stase salivaire	
NIC. 4I	Heller en I953		Dolicho-mégaoesophage	Résection anastomose continente en décembre I960	Résultat moyen	Psychopathe, recrudescence des troublesavec périodes génitales de la vie	

RESULTATS DES RESECTIONS	NOMBRE	ETIOLOGIE				RESULTATS					
						FAVORABLES			DEFAVORABLES		INCLASSABLES
		Oesophagites	Dolicho-méga-oesophages	Sclérose péri-oesophagienne et de la paroi oesophagienne	Perforation	Très bon	Bon	Moyen	Echec	Décès post-opératoire	Décès sans rapport
Résection Allison	4	3	1				3			1	
Résection Sweet	7	5	1	1		2	1		2	1	1 (six mois plus tard)
Résection Anastomose continente	8	2	2	3	1	2	3	2			1 (un an plus tard)

BIBLIOGRAPHIE

1 - ACHESON (E.-D.) et HADLEY(G.-D.) - L'opération du Heller (cardiomyotomie) pour achalasie du cardia. Expérimentation dans les hôpitaux du Middlesex et de Harefiel -
Gastroenterologia, 1958, 89, n° 5-6, 323-326.

2 - ALLAINES (F. d'), LORTAT-JACOB - Traitement chirurgical du mégaoesophage (échecs de l'opération de Heller) -
Mém. Ac. Chir., 1949, 75, 19-20, 511/523.

3 - AUGUSTE (C.) et PARIS (J.) - Les accidents du cathétérisme de l'oesophage au moyen de sondes lourdes -
Arch. Mal. app. digest. et de la Nutr., mai 1961, t. 50, n° 5, 441/454.

4 - AUGUSTE (C.), PARIS(J.), CLAY, DEWAILLY - Dyskinésie oesophagienne d'origine musculo-nerveuse -
Arch. Mal. app. digest., 1957, 48, 81/88.

5 - BARRETT(N.) et FRANKLIN - A propos des résultats tardifs peu favorables de certaines opérations pratiques pour le traitement du cardiospasme -
Brit. J. Surg., oct. 1949, 37, n° 146, 194/202.

6 - BESANCON (F.) et DEBRAY (Ch.) - Notes techniques - L'exploration de la motricité digestive -
Sem. Hôp., 38e année, n° 26, mai 1962, 1589/1590.

7 - BESANCON (F.), JANIN(B.) et DEBRAY (Ch.) - Physiopathologie du mégaoesophage : le cardiospasme réactionnel -
Arch. Mal. app. dig. 1962, 51, n° 12, 1543/1555.

8 - BROWSE et CARTES - Les résultats éloignés de l'opération de Heller -
Brit. J. Surg. 49, juillet 1961, 59/63.

9 - CANELLA, ELLIS & BROWN - Fine structure changes in achalasia of the oesophagus -
Am. J. Path. I, février 1965, et II, mars 1965.

10 - CANELLA, BROWN, SAGRE & HELLIS - Achalasia of the oesophagus ; pathologic and eticlogic considerations.
Am. Surg. 1964, 160, 474/487.

11 - CHENE (P.), POIRIER (A.) - Sur les kyskinésies oesophagiennes -
Gaz. Méd. France, 1953, 60, 21, 1193.

12 - CUQ - Les cancers oesophagiens greffés sur mégaoesophages idiopathiques -
Thèse, PARIS, 1963.

13 - CODE (C.), CREANER (B.), SCHLEGEL (J.), OLSEN (A.), DONOGHNE (F.) & ANDERSEN (H.) - An atlas of esophageal motility in health and disease -
Ch. THOMAS, éd. Springfield, 1958.

14 - DARIN PUPPEL I. - Rôle de la motilité de l'oesophage dans le traitement chirurgical du mégaoesophage -
J. Thor. Surg., mars 1950, 19, n° 3, 371/390.

15 - DEBRAY (Ch.) et BESANCON (F.) - La méthode graphique en gastro-entérologie -
Sem. Hôp., 38e année, n° 26, mai 1962.

16 - DELANNOY (E.), SOOTS (G.) - Le traitement des récidives après opération de Heller pour mégaoesophage -
Ann. Chir., 1958, 12, 13-14, 733/737.

17 - DELCYERS (L.) - Comment traiter chirurgicalement les échecs de l'opération de Heller pour cardiospasme. Proposition et discussion d'une technique -
Acta Gastro-entérol. Belg., 1950, 13, 9-10, 949/960.

18 - DELCYERS (L.), LOYGUE (J.) - Résultats éloignés du traitement du mégaoesophage -
J. Chir., 1956, 72, 10, 717/725.

19 - DELCYERS (L.), LOYGUE (J.) - Résultats éloignés du traitement du mégaoesophage -
58ème Congrès de l'Association Française de Chirurgie, 1956.

20 - DEWAILLY (E.) - Contribution à l'étude de la myomatose nodulaire diffuse de l'oesophage -
Thèse LILLE, 1956.

21 - DOR (J.) et coll. - L'intérêt de la technique de Nissen modifiée dans la prévention du reflux après cardio-myotomie extra-muqueuse de Heller.
Mém. Ac. Chir., 1962, 88, 30-31, 877/884.

22 - DOR (J.), DOR (V.) et NOIRCLERC (M.) - La prévention du reflux dans l'opération de Heller. Présentation de film -
Arch. Mal. App. dig., sept. 1965, 54, n° 9, 970.

23 - DOUGLAS (K.) & NICHOLSON (F.) - Résultats éloignés de l'opération de Heller pour cardiospasme -
Brit. J. Surg., nov. 1959, 47, n° 203, 250/253.

24 - DUBOURG (G.), FONTAN (F.) et GOURDON (A.) - Oesophagite peptique après opération de Heller -
Ann. Chir. thor. cardio-vasc. (suppl. Ann. Chir., nov. 1962, 16, n° 23-24), 1, n° 4, C. T., 1649-C. T., 1651.

25 - ELLIS - Advances in surgery -

26 - ELLIS (F.) & COLE (F. L.) - Reflux après cardiomyotomie -
Gut. février 1965, 6, n° 1, 80/84.

27 - ELLIS (F. H. jr), OLSEN (E. M.), HOLMAN (C. B.) et CODE (C. F.) - Surgical treatment of cardiospasm (Achalasia of the oesophagus), considerations of aspects oe oesophagomyotomy -
J. A. M., 4 janv. 1958, 166, 29/36.

28 - ESCAT (J.) - Contribution à l'étude des indications opératoires dans les échecs de la myotomie de Heller pour mégaoesophage essentiel -
Thèse TOULOUSE, 1963.

29 - FEKETE (F.) - La gastrectomie polaire supérieure avec anastomose continente -
J. Chir., 1961, 81, 2, 228/246.

30 - FICARA (P.) - Cardiospasme récidivant après opération de Heller (à propos de deux cas cliniques) -
Minerva Méd., 1er sept. 1950, 5, n° 17, 505/512.

31 - FONTAINE (R.), Mme DJAJA (V.) & WEILL - Résultats éloignés de la cardio-oesophagotomie extra-muqueuse élargie par voie intrathoracique et associée à la résection des splanchnique et sympaghique dorsaux gauches, pour mégaoesophage -
Ann. Chir., 15, n° 1, janv. 1961, 9/14.

32 - FORSTER (E.), ERNY (J.), KUNLIN (A.) & LENGUA (F.) - Deux observations d'anastomose continente oesogastrique pour méga-oesophage.
Mém. Ac. Chir., 1963, 89, n° 5-6, 166/169.

33 - FROBESE (A.S.), STEIN (G.N.) & HAWTHORNE (H.R.) - La hernie hiatale en tant que complication de l'opération de Heller -
Surg., mai 1961, 49, n° 5, 599/605.

34 - GOUTALLIER (Ph.) - Contribution à l'étude du cardiospasme (à propos d'une statistique de 205 cas opérés) -
Thèse, PARIS, 1963.

35 - GOYER (B.) - Myomes et myomatose diffuse de l'oesophage -
Thèse, PARIS, 1966.

36 - GRIMOUD (M.) & ESCAT (J.) - Réinterventions pour échec de l'opération de Heller dans le mégaoesophage essentiel -
J. Méd. Bordeaux, sept. 1965, 142, n° 9, 1556.

37 - HENRY (C.) - Opération de Heller itérative -
Acta Chir. Belg. 1959, suppl. II, 69/72.

38 - HERRON (P.W.), THOMAS (G.I.) et MERENDINO (K.A.) - Etude expérimentale du cardiospasme. Evaluation de la pyloroplastie de Finney dans la prévention de l'oesophagite succédant à la myotomie de Heller.
J. Thor. Surg. nov. 1957, 34, n° 5, 609/614.

39 - HILLEMAND (P.), CHENE (P.) et BRULE (G.) - Dyskinésies oesophagiennes -
Journées de gastro-entérologie française -
Paris, juin 1951, Arc. Mal. App. Dig., 41, 138/165.

40 - HOPPER, RICHARD - Naturally occuring canine achalasia -
Arc. Surg., july 1967, vol. 95, n° 1, 83.

41 - JEKLER, LHOTKA, BOREK - Surgery for achalasia of the oesophagus.
An. Surg., nov. 1964, 793/800.

42 - Journées françaises de Gastro-Entérologie - 1965 - Les ulcères de l'oesophage. Le traitement chirurgical, par L.A. RICHARD -

43 - LATREILLE (R.) - Résultats de l'opération de Heller dans le traitement du mégaoesophage -
Thèse, LYON, 1954.

44 - LORTAT-JACOB (J.L.) - Inconvénients de l'oesophago-gastrostomie dans les échecs de l'opération de Heller -
Arch. Mal. App. Dig., 1950, 39, 4, 524/527.

45 - LORTAT-JACOB (J.L.), FEKETE (F.), BLANC, MAILLARD (J.N.) & RICHARD (L.A.) - Récidives et prétendues récidives des hernies hiatales - A propos de 38 réinterventions -
Arch. Mal. App. Dig., 55, 1955, n° 1-2, 7/20.

46 - LOYGUE & VUILLIEME - Opération de Heller itérative -
Mém. Ac. Chir., 1963, 89, 24-25, 681/684.

47 - Mc VEY(J.L.), SCHLEGEL (J.F.) & ELLIS (F.H. jr) - La fonction du sphincter oesophago-gastrique après myotomie de Heller et ses modifications - Une étude expérimentale -
Bull. Soc. Int. Chir., nov.-déc. 1963, 22, n° 5-6, 419/423.

48 - MICHAUD (P.) - L'oesophagite par reflux : complication rare de l'opération de Heller. Un cas traité par exclusion gastrique supérieure et anastomose oeso-jéjunale en Y -
Arc. Mal. App. Dig., sept.-oct. 1955, 44, n° 9-10, 1069/1073.

49 - MICHAUD (P.) & LATREILLE (R.) - Résultats du traitement du mégaoesophage par l'opération de Heller, d'après 156 cas -
Arc. Mal. App. Dig., mars 1955, 44, n° 3, 306/314.

50 - MICHAUD (P.), SAUBIER (E.) & LATREILLE (R.) - Une complication rare de l'opération de Heller : l'oesophagite peptique par reflux. Difficultés de son traitement chirurgical, mesures prophylactiques -
Lyon Chir., 1956, 51, 3, 335/338.

51 - NEGRE (E.) & MIMRAM (R.) - Oesophagites peptiques hémorragiques après anastomoses oeso-gastriques pour méga-oesophage -
Rev. Chir. juil.-août 1955, 74, n° 7-8, 232/237.

52 - OLSEN (A.M.), SCHLEGEL (J.F.), CREAMER (B.) - Studies of oesophageal motility special reference to the differential diagnosis of diffuse spasm and achalasia.
Thorax, 57, 12, 279/259.

53 - OLSEN (A.), SCHLEGEL (J.F.), CREAMER (B.) & ELLIS (F.H.) - La motilité de l'oesophage dans l'achalasie (cardiospasme) après traitement.
J. Thor. Surg., 1957, 34, 615.

54 - PAYNE (W.S.), ELLIS (F.H. jr) & OLSEN (A.M.) - Résultats de l'oesophagomyotomie dans 108 cas d'achalasie oesophagienne - Arc. Surg., sept. 1960, 81, n° 3, 411/418.

55 - PERROTIN - Sur la myotomie de Heller itérative - Mém. Ac. Chir., 1963, 89, 26-27, 739.

56 - PERROTIN (J.) & DUPOUX (P.) - La voie thoracique dans le traitement du cardiospasme.
Ann. Chir., 1963, 17, 11-12, 655/657.

57 - PETROVSKY (B.V.) & FEDOROVA (O.D.) - Erreurs et dangers du traitement chirurgical du cardiospasme - Khirourguia (Moscou), 1963, n° 6, 3/10.

58 - PINOTTI - Contribuigao para o estudo da fisiopatologia do megaesôfago. Sao Paulo, 1964, thèse (Pr. Alipio Correo Netto).

59 - PLOTEGHER (A.) et BIONDETTI (P.) - Données cliniques et radiologiques tardives après opération de Heller pour mégaoesophage.
Minerva Chir., févr. 1948, 3, n° 2, 65/78.

60 - RUDER (J.C.) - Pour l'opération de Heller - Helvetia Chirurgica Acta - Août 1960, 7, 411/420.

61 - SANTY, MICHAUD, LATREILLE - Le traitement du mégaoesophage par l'opération de Heller. Résultats de 168 interventions.
Lyon chir., 1956, 51, 5, 513/522.

62 - SCHMIDT (W.E.) - Limites de la cardiomyotomie - Chir. juil. 1961, 32, n° 7, 319/321.

63 - SCHUTZ (W.) - Diagnostic differentiel et traitement chirurgical des tumeurs bénignes de l'oesophage - Thor. Chir., oct. 1954, 3.

64 - SOUPAULT (R.) - L'opération de Heller - J. Chir., mai 1933, 41, 727/737.

65 - SOUPAULT (R.) et HAMBURGER (M.) - Résultats éloignés de l'oesophago-cardio-myotomie extra-muqueuse -
Arch. Mal. App. Dig., 1936, 26, 8, 942/944.

66 - TAYLOR (H.) - Oesophagite à reflux après traitement de l'achalasie -
2ème Congrès Mondial de Gastro-Entérologie - MUNICH, 1962.
1, "Problèmes actuels de l'achalasie de l'oesophage", 1963, 103/105.

67 - TEICHMANN (V.) - Nécessité d'une intervention chirurgicale précoce dans l'achalasie de l'oesophage -
Surgery, mai 1960, 47, n° 5, 846/876.

68 - TOUPET (A.) - Technique d'oesophago-gastroplastie avec phréno-gastro-pexie appliquée dans la cure radicale des hernies hiatales et comme complément de l'opération de Heller dans les cardiospasmes -
Mém. Acad. Chir., mars 1963, 89, n° 11 12, et 13, 394/399.

69 - VAN DER HOEDEN (R.) - Le traitement de l'achalasie du cardia. Problèmes et résultats fonctionnels -
Acta Chir. Belg. 1959, suppl. II, 38/53.

70 - VANTRAPPEN (G.) VAN GOLDSENHOVEN (G.), VAN DER STAPPEN (G.), VANDENBROUCKE (J.) - L'importance des études électromanométriques pour le diagnostic et le traitement de l'achalasie et de l'hypertonie du cardia -
Acta Chir. Belg., 1959, suppl. II, 54/63.

71 - VANTRAPPEN (G.), VAN GOLDSENHOVEN (G.), VAN DER STAPPEN (G.), VANDENBROUCKE (J.) - Le traitement non chirurgical de l'achalasie du cardia -
Arch. Mal. App. Dig., 1960, 49, n° 1-2, 115/125.

72 - VANTRAPPEN (G.), VAN GOLDSENHOVEN (G.), VERBEKE (S.), VAN DEN BERGHE et VANDENBROUCKE (J.) - Etudes manométriques de l'achalasie du cardia avant et après dilatation pneumatique -
Gastroenterology, sept. 1963, 45, n° 3, 317/325.

73 - VUILLIEME (A.) - A propos des échecs du traitement chirurgical du mégaoesophage -
Thèse, PARIS, 1962.

Vu,
Le Président de Thèse,
Professeur J. L. LORTAT-JACOB

Vu,
Le Doyen de la Faculté,
Professeur G. BROUET

Vu et permis d'imprimer,
Le Recteur de l'Académie de Paris,

J. ROCHE

agemp
EDITIONS
40 R. Pascal
PARIS 13e
TELEPHONE
535:18-93
535:18-62